

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO SÁNG BUỒNG TRỨNG VỚI UNG THƯ BIỂU MÔ THANH DỊCH ĐỘ CAO BUỒNG TRỨNG

Ngô Đức Anh¹, Đặng Phước Triều¹, Nguyễn Duy Thái¹,
Chu Thu Hà¹, Nguyễn Xuân Hưng¹, Nguyễn Văn Thi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán phân biệt ung thư biểu mô (UTBM) tế bào sáng buồng trứng với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp:** phân tích hình ảnh CHT của 34 khối u ở 30 bệnh nhân UTBM tế bào sáng buồng trứng, so sánh với 49 khối u ở 32 bệnh nhân UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng, đã được xác nhận bằng phẫu thuật và giải phẫu bệnh tại bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 09 năm 2024. Khảo sát các đặc điểm: vị trí u, hình dạng, kích thước, thành phần u, chồi/nhú, cường độ tín hiệu, mức độ ngấm thuốc, di căn phúc mạc, hạch bất thường, dịch ổ bụng. **Kết quả:** có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đường kính tối đa trung bình, vị trí u giữa UTBM buồng trứng tế bào sáng và UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng lần lượt với $p < 0.001$ và $p = 0.001$. So với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng, UTBM tế bào sáng buồng trứng thường có hình bầu dục (26/34, 76.5% so với 9/49, 18.4%; $p < 0.001$), thường có dạng nang (19/34, 55.9% so với 7/49, 14.3%; $p < 0.001$) và đơn thùy (20/26, 76.9% so với 5/23, 21.7%; $p < 0.001$), thường có thành phần dạng nang tăng tín hiệu trên T1W (16/26, 61.5% so với 4/23, 17.4%; $p = 0.002$), có chồi lớn hơn ($53.3 \pm 19.5\text{mm}$ so với $23.8 \pm 12\text{mm}$; $p < 0.001$), có ít trường hợp di căn phúc mạc hơn ($p = 0.09$) và có ít trường hợp có dịch ổ bụng hơn ($p < 0.001$). **Kết luận:** UTBM tế bào sáng buồng trứng thường biểu hiện là khối dạng nang hình bầu dục, đơn thùy với thành phần chồi lớn và các thành phần dạng nang tăng tín hiệu trên chuỗi xung T1W. CHT là một công cụ hữu ích có thể giúp phân biệt UTBM tế bào sáng buồng trứng với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng. **Từ khóa:** buồng trứng, ung thư biểu mô tế bào sáng, ung thư biểu mô thanh dịch độ cao, cộng hưởng từ.

SUMMARY

ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FOR DISTINGUISHING OVARIAN CLEAR CELL CARCINOMA FROM HIGH-GRADE SEROUS CARCINOMA

Objectives: the study aimed to evaluate the value of magnetic resonance imaging (MRI) for distinguishing ovarian clear cell carcinoma (CCC) from

high-grade serous carcinoma (HGSC). **Methods:** we analyzed MRI data of 34 tumors in 30 patients with CCC, were compared with those of 49 tumors in 32 patients with HGSC, confirmed by surgery and pathology. MRI features included: laterality, shape, size, configuration, papillary projection, signal intensity, enhancement, peritoneal implant, lymphadenopathy, ascites. **Results:** there was a statistically significant difference in the mean maximum diameter, laterality ($p < 0.001$ and $p = 0.001$, respectively) between CCC and HGSC. Compared to HGSCs, CCCs were more frequently oval (26/34, 76.5% vs 9/49, 18.4%; $p < 0.001$), more often cystic (19/34, 55.9% vs 7/49, 14.3%; $p < 0.001$) and unilocular (20/26, 76.9% vs 5/23, 21.7%; $p < 0.001$), had T1-hyperintense cystic components more often (16/26, 61.5% vs 4/23, 17.4%; $p = 0.002$), had larger papillary projections ($53.3 \pm 19.5\text{mm}$ vs $23.8 \pm 12\text{mm}$; $p < 0.001$), were peritoneally implanted less frequently ($p = 0.09$) and had fewer ascites ($p < 0.001$). **Conclusion:** CCC typically showed an oval, unilocular cystic mass with large papillary projection and T1-hyperintense cystic components. MRI could be helpful for distinguishing CCC from HGSC.

Keywords: ovary, clear cell carcinoma, high-grade serous carcinoma, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng đứng hàng thứ tám trong các ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ, với các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng. Trong đó, UTBM tế bào sáng gần đây nổi lên là loại UTBM buồng trứng phổ biến thứ hai, chiếm tỷ lệ từ 5-25% UTBM buồng trứng, chỉ xếp sau UTBM thanh dịch độ cao.¹ Với những đặc điểm sinh học và lâm sàng đặc biệt, chiến lược điều trị UTBM tế bào sáng buồng trứng khác với UTBM thanh dịch độ cao theo hướng dẫn của Mạng lưới thông hiểu Ung thư Quốc Gia Mỹ (NCCN).² Do đó, việc phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật các trường hợp UTBM tế bào sáng buồng trứng có ý nghĩa đặc biệt đối với chiến lược điều trị tối ưu trong kỹ nguyên y học chính xác này.

Cộng hưởng từ (CHT) với hình ảnh đa mặt phẳng, đa thông số, cùng ưu thế vượt trội về tương phản mô mềm, có khả năng xác định nguồn gốc u, thành phần của khối u, đánh giá tổng thể vùng chậu, là một trong những phương thức chẩn đoán được sử dụng ngày càng phổ

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Anh

Email: ducanhngostar@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

biến, khắc phục các hạn chế của siêu âm, góp phần chẩn đoán chính xác UTBM tế bào sáng buồng trứng.

Bệnh viện K là cơ sở hàng đầu cả nước về khám, chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ung bướu, trong đó UTBM buồng trứng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm hình ảnh CHT của UTBM tế bào sáng cũng như sự khác biệt về hình ảnh học của UTBM tế bào sáng buồng trứng với UTBM thanh dịch độ cao trên CHT. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu nhằm đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán phân biệt UTBM tế bào sáng buồng trứng với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chụp CHT vùng chậu tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện K, xác định có u buồng trứng và được phẫu thuật trong vòng 30 ngày kể từ khi có kết quả chụp CHT, có kết quả mô bệnh học sau mổ là UTBM tế bào sáng buồng trứng hoặc UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 09 năm 2024

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu: mẫu thuận tiện

Phương pháp chụp CHT: Tất cả các bệnh nhân được chụp bằng máy CHT GE Signa Explorer 1.5 Tesla. Khảo sát các chuỗi xung: axial T1W (thời gian lặp lại (TR)/thời gian phản hồi (TE) = 761/10 ms); coronal và sagittal T2W, STIR (TR/TE lần lượt là 8000/83 ms, 4000/98 ms); axial, sagittal T1W fatsat trước và sau tiêm thuốc đối quang từ Gadolinium (TR/TE = 196/2.9 ms), liều lượng 0.2 mmol/kg, tốc độ tiêm 2-3 ml/giây. Các thông số quét: độ dày lát cắt 5 mm; khoảng cách 1.5 mm; ma trận 256 x 256; trường nhìn 20-25cm x 34cm. Phạm vi quét từ dưới khớp mu đến rốn thận.

Quy trình, phương pháp thu thập số liệu. Thu thập các thông tin về đặc điểm của mẫu nghiên cứu bao gồm thông tin về tuổi, tình trạng mãn kinh, tiền sử phát hiện lạc nội mạc tử

cung trước đây và kết quả giải phẫu bệnh. Các đặc điểm trên CHT bao gồm vị trí khối u, kích thước khối u, sự hiện diện và cường độ tín hiệu tương đối của thành phần đặc và/hoặc thành phần nang, sự hiện diện và số lượng vách ngăn, kích thước của chồi/nhú, mức độ ngấm thuốc và các phát hiện liên quan (cổ tử cung, di căn phúc mạc, hạch bất thường) được quan sát trên cả T2W và T1W sau tiêm. Thành phần đặc được định nghĩa là thành phần ngấm thuốc sau tiêm thuốc đối quang từ. Cường độ tín hiệu tương đối và mức độ ngấm thuốc của thành phần đặc được so sánh với cơ tử cung.²

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata 14. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, được kiểm định bằng phép kiểm T hoặc U Mann Whitney. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ và được kiểm định bằng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher. Phân tích hồi quy logistic nhị phân được sử dụng để đánh giá giá trị dự đoán của các phát hiện hình ảnh trên CHT đối với UTBM tế bào sáng. Giá trị chẩn đoán bao gồm độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính, độ chính xác và tỷ số khả dĩ dương. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 62 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được chia làm 2 nhóm: 30 bệnh nhân UTBM tế bào sáng buồng trứng với 34 khối u và 32 bệnh nhân UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng với 49 khối u được quan sát thấy. Có 8/30 bệnh nhân UTBM tế bào sáng buồng trứng có tiền sử phát hiện lạc nội mạc tử cung trước đây, chiếm tỷ lệ 26.7%. Tuổi trung bình của nhóm UTBM tế bào sáng buồng trứng là 55.2 ± 8.5 , tuổi trung bình của nhóm UTBM thanh dịch độ cao là 59 ± 10.8 ; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.07$. Số lượng bệnh nhân đã mãn kinh trong hai nhóm lần lượt là 21 và 26, chiếm tỷ lệ lần lượt là 70% và 81.3% trong mỗi nhóm; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.301$.

Bảng 1. Các đặc điểm CHT của UTBM tế bào sáng buồng trứng so sánh với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng

Đặc điểm	UTBM tế bào sáng (n = 34)	UTBM thanh dịch độ cao (n = 49)	p	OR
Kích thước u (mm)	115.4± 43.3	67±36.2	< 0.001	-
Vị trí (số lượng - %)				
Một bên	26 (86.7%)	15 (46.9%)	0.001	-
Hai bên	4 (13.3%)	17 (53.1%)		
Hình dạng				
Bầu dục	26 (76.5%)	9 (18.4%)	< 0.001	14.4 (4.4 - 48.8)

Không đều	8 (23.5%)	40 (81.6%)		
Thành phần				
Nang	19 (55.9%)	7 (14.3%)	< 0.001	7.6 (2.3 - 25.3)
Hỗn hợp	7 (20.6%)	16 (32.7%)		
Đặc	8 (23.5%)	26 (53.1%)		
Đơn thù	20/26 (76.9%)	5/23 (21.7%)	< 0,001	12 (2.7 – 57.9)
Chồi/nhú	24 (70.6%)	25 (51.0%)	0.08	0.4 (0.2 – 1.2)
Kích thước chồi (mm)	53.3 ± 19.5	23.8 ± 12	< 0.001	9.5 (1.2 - 88.4)
Thành phần nang tăng tín hiệu trên T1W	16/26 (61.5%)	4/23 (17.4%)	0.002	7.6 (1.7 – 38.2)
Mức độ ngấm thuốc				
Nhẹ	2 (5.9%)	2 (4.1%)	0.834	1.5 (0.1 – 21.1)
Vừa	6 (17.7%)	7 (14.3%)		
Mạnh	26 (76.5%)	40 (81.6%)		
Di căn phúc mạc	4/30 (13.3%)	10/32 (31.3%)	0.09	0.3 (0.1 – 1.4)
Hạch bất thường	5/30 (16.7%)	8/32 (25%)	0.42	1.7 (0.4 – 7.4)
Dịch cổ tử cung	10/30 (33.3%)	27/32 (84.4%)	0.001	10.8 (2.8 – 45.3)

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về kích thước tối đa trung bình của u và vị trí u với p lần lượt là < 0.001 và 0.001. So với UTBM thanh dịch độ cao, UTBM tế bào sáng thường có hình bầu dục (24/34, chiếm 76.5% so với 9/49, chiếm 18.4%), thường có dạng nang (19/34, chiếm 55.9% so với 7/49, chiếm 14.3%) và thường có đơn thù (20/26, chiếm 76.9% so với 5/23, chiếm 21.7%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (tất cả p < 0,001).

Các chồi/nhú quan sát thấy ở 70.6% (24/34) trường hợp UTBM tế bào sáng so với 51% (25/49) trường hợp UTBM thanh dịch độ cao (p = 0.08). Đồng thời, kích thước của chồi trong UTBM tế bào sáng lớn hơn so với các trường hợp có chồi ở UTBM thanh dịch độ cao (53.3 ± 19.5 mm so với 23.8 ± 12mm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0.001. Thành phần nang của UTBM tế bào sáng phần lớn tăng tín hiệu trên T1W (16/26

trường hợp, chiếm tỷ lệ 61.5%); trong khi đó ở nhóm UTBM thanh dịch độ cao phần lớn đồng và giảm tín hiệu trên T1W (chiếm 82.6%), p = 0.002. Mức độ ngấm thuốc nhẹ quan sát thấy ở 5.9%, vừa ở 17.7% và mạnh ở 76.5% trường hợp UTBM tế bào sáng so với 4.1%, 14.3%, 81.6% UTBM thanh dịch độ cao (p = 0.834).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa dấu hiệu dịch cổ tử cung giữa hai nhóm (p < 0.001), tuy nhiên sự khác biệt về đặc điểm di căn phúc mạc và hạch bất thường ổ bụng giữa hai nhóm này không có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0.09 và 0.42. Sử dụng phân tích hồi quy logistic nhị phân, các đặc điểm dự báo quan trọng của UTBM tế bào sáng buồng trứng là khối dạng nang đơn thù (tỷ suất chênh OR = 12), hình bầu dục (OR = 14.4), kích thước chồi/nhú lớn hơn (OR = 9.5) và phần nang tăng tín hiệu trên T1W tăng tín hiệu trên T1W (OR = 7.6).

Bảng 2. Giá trị của các đặc điểm CHT trong chẩn đoán UTBM tế bào sáng

Đặc điểm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	Giá trị dự báo dương tính	Giá trị dự báo âm tính	Tỷ số khả dĩ dương
Đơn thù	76.9%	78.3%	77.6%	80%	75%	3.54
Hình bầu dục	76.5%	81.6%	79.5%	74.3%	83.3%	4.16
Nhú (≥ 30mm)	83.3%	80%	81.6%	80%	84.4%	4.17
Thành phần dịch tăng tín hiệu trên T1W	61.5%	82.6%	71.4%	80%	65.5%	3.53

Các dấu hiệu khối tổn thương đơn thù, hình bầu dục, kích thước nhú ≥ 30mm và có thành phần dịch tăng tín hiệu trên T1W đều có độ chính xác khá cao trong chẩn đoán phân biệt giữa UTBM tế bào sáng với UTBM thanh dịch độ cao.

IV. BÀN LUẬN

UTBM buồng trứng là một tập hợp bao gồm các u được chia thành nhiều phân nhóm khác nhau, trong đó 4 phân nhóm phổ biến nhất là

UTBM thanh dịch, UTBM tế bào sáng, UTBM nội mạc tử cung và UTBM nhầy. Trong những năm gần đây, đã có những tiến bộ đáng kể trong việc hiểu biết và xác định cơ chế bệnh sinh của các phân nhóm khác nhau.¹ Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra các yếu tố nguy cơ, nguồn gốc, biến đổi di truyền - hành vi sinh học, đặc điểm lâm sàng - bệnh học và độ nhạy cảm với hóa trị liệu khác nhau giữa UTBM tế bào sáng buồng trứng và UTBM thanh dịch độ cao.^{3,4}

So với UTBM thanh dịch độ cao, UTBM tế bào sáng xuất hiện ở độ tuổi trẻ hơn, có tỷ lệ mắc bệnh ở giai đoạn đầu cao hơn, hiếm khi xảy ra ở cả hai bên buồng trứng và thường biểu hiện khối lớn ở vùng tiểu khung có liên quan đến lạc nội mạc tử cung.¹ Nhiều nghiên cứu đã thừa nhận rộng rãi rằng hầu hết các UTBM tế bào sáng ở giai đoạn tiến triển đều có khả năng kháng lại các biện pháp hóa trị thông thường và có tiên lượng tương đối kém hơn so với các phân nhóm UTBM buồng trứng khác.² Tuy nhiên, các trường hợp mắc UTBM tế bào sáng giai đoạn đầu tiên lượng sẽ tốt hơn những bệnh nhân mắc UTBM thanh dịch độ cao, bệnh nhân có thể không cần thêm liệu pháp điều trị hỗ trợ nào sau phẫu thuật.⁵ Vì vậy, việc phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật các trường hợp UTBM tế bào sáng buồng trứng có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, trong đó có vai trò của chẩn đoán hình ảnh.

Về mặt lâm sàng, bệnh nhân mắc UTBM tế bào sáng thường xuất hiện ở một bên buồng trứng (89-95%) dưới dạng một khối lớn vùng tiểu khung (12 – 13.5cm), tỷ lệ phát hiện bệnh ở giai đoạn I nhiều (56-63%) và thường kết hợp với lạc nội mạc tử cung (31-48%).⁶ Ngược lại, bệnh nhân mắc UTBM thanh dịch độ cao nhiều khả năng sẽ xuất hiện tổn thương ở cả hai bên buồng trứng dưới dạng các u có kích thước trung bình (8.6cm) và thường phát hiện ở giai đoạn tiến triển (81%).² Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ u một bên (86.7% so với 46.9%) và kích thước khối u (115.4mm so với 67mm) giữa hai phân nhóm này, điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước đây.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy có 26.7% trường hợp mắc UTBM tế bào sáng buồng trứng có liên quan đến tiền sử lạc nội mạc tử cung, tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây.⁶ Điều này có thể giải thích được vì cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi không đủ lớn do nghiên cứu này không hướng đến sinh bệnh học. Ngược lại, UTBM thanh dịch độ cao được cho là có nguồn gốc từ lớp biểu mô lót ống dẫn trứng và chỉ có khoảng 7% trường hợp có liên quan đến lạc nội mạc tử cung.²

Mặc dù không thể chẩn đoán chính xác được loại mô bệnh học cụ thể nếu chỉ dựa trên hình ảnh chụp CHT, tuy nhiên một số đặc điểm hình ảnh có thể giúp gợi ý đến một hoặc một số loại mô bệnh học. Ví dụ, khối u dạng nang đơn thùy với một hoặc nhiều nhú kích thước lớn gợi ý đến hình ảnh điển hình của UTBM tế bào sáng.² Hình dạng điển hình này thấy được ở 70.6% (24/34)

trường hợp UTBM tế bào sáng trong nghiên cứu chúng tôi. Trong khi đó, khối u hỗn hợp, đa thùy với các nhú nhỏ và các khối u đặc là các đặc điểm điển hình của UTBM thanh dịch độ cao.

Việc xác định hình ảnh các chồi/nhú trên CHT rất quan trọng vì chúng là yếu tố dự báo tốt nhất về khối u biểu mô và có thể tương quan với mức độ ác tính của khối u. Về mặt mô học, chúng biểu thị các nếp tăng sinh biểu mô phát triển trên mô đệm. Vai trò của hình ảnh chồi/nhú trong việc phân biệt khối u lành tính với các khối u ranh giới hoặc ác tính đã được báo cáo.⁷ Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng không có đặc điểm nào của hình ảnh chồi/nhú có thể đặc hiệu giúp phân biệt các phân nhóm khác nhau của UTBM buồng trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự hiện diện của các chồi/ nhú giữa hai nhóm UTBM tế bào sáng và UTBM thanh dịch độ cao có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, kích thước trung bình của các chồi/nhú trong các u thuộc phân nhóm UTBM tế bào sáng lớn hơn đáng kể so với UTBM thanh dịch độ cao (53.3 ± 19.5 mm so với 23.8 ± 12 mm), điều này không phù hợp với các phát hiện của Buy và cộng sự.² Ở cấp độ mô học, các nhú của UTBM thanh dịch độ cao nhỏ, không đều và phân nhánh theo thứ bậc, trái ngược với các nhú lớn, tròn và đơn giản hơn của UTBM tế bào sáng.¹

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận dấu hiệu thành phần nang tăng tín hiệu trên T1W quan sát thấy ở 61.5% trường hợp UTBM tế bào sáng. Ngược lại, có 82.6% trường hợp UTBM thanh dịch độ cao có hình ảnh thành phần nang đồng hoặc giảm tín hiệu trên T1W, tương tự tín hiệu cơ vùng chậu hoặc nước tiểu, sự khác biệt này giữa có ý nghĩa thống kê với $p = 0.002$. Điều này hoàn toàn phù hợp với báo cáo của Choi và cộng sự.⁸ Cường độ tín hiệu cao của thành phần nang được báo cáo, có thể là do sự hiện diện của tình trạng xuất huyết trong nang từ lạc nội mạc tử cung liên quan. Chúng tôi tin rằng đây có thể là một trong những đặc điểm để phân biệt UTBM tế bào sáng và UTBM thanh dịch độ cao.

Các khối u đặc và khối u hỗn hợp ít phổ biến hơn ở UTBM tế bào sáng (44.1%) trong nghiên cứu của chúng tôi, so với UTBM thanh dịch độ cao (85.8%). Mức độ ngấm thuốc của các thành phần đặc không giúp phân biệt được UTBM tế bào sáng và UTBM thanh dịch độ cao; tuy nhiên, hình dạng của khối u có thể là một đặc điểm giúp phân biệt, với tỷ lệ nhiều khối u hình bầu dục và ít khối u hình dạng không đều hơn ở UTBM tế bào sáng so với UTBM thanh dịch độ cao. Các phát hiện liên quan như dịch cổ tử cung,

lạc nội mạc tử cung và di căn phúc mạc cũng có thể là những dấu hiệu giúp phân biệt hai phân nhóm này. Dịch cổ tử cung nhiều và di căn phúc mạc giúp hướng đến một UTBM thanh dịch độ cao, trong khi đó lạc nội mạc tử cung gợi ý đến UTBM tế bào sáng.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, chỉ có một số lượng bệnh nhân hạn chế được đánh giá do nghiên cứu có một phần lớn là hồi cứu. Thứ hai, giá trị của hình ảnh chức năng như chuỗi xung khuếch tán, CHT tưới máu và CHT phổ không được đề cập.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một khối u dạng nang lớn, đơn thùy với các nhú kích thước lớn ($\geq 30\text{mm}$) rất gợi ý một UTBM tế bào sáng. Kích thước u, vị trí u, hình dạng u, thành phần u, tính đơn thùy, thành phần nang tăng tín hiệu T1W, kích thước chồi/nhú lớn, di căn phúc mạc và dịch cổ tử cung là các đặc điểm hữu ích có thể giúp phân biệt UTBM tế bào sáng với UTBM thanh dịch độ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McCluggage WG.** Morphological subtypes of ovarian carcinoma: a review with emphasis on new developments and pathogenesis. *Pathology*

(Phila). 2011;43(5): 420-432. doi:10.1097/PAT.0b013e328348a6e7

2. **Ma FH, Qiang JW, Zhang GF, Li HM, Cai SQ, Rao YM.** Magnetic resonance imaging for distinguishing ovarian clear cell carcinoma from high-grade serous carcinoma. *J Ovarian Res.* 2016;9(1):40. doi:10.1186/s13048-016-0251-x
3. **Lee YY, Kim TJ, Kim MJ, et al.** Prognosis of ovarian clear cell carcinoma compared to other histological subtypes: A meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2011;122(3): 541-547. doi:10.1016/j.ygyno.2011.05.009
4. **Penson RT, Dizon DS, Birrer MJ.** Clear cell cancer of the ovary. *Curr Opin Oncol.* 2013; 25(5): 553-557. doi:10.1097/CCO.0b013e328363e0c7
5. **Glasspool RM, McNeish IA.** Clear Cell Carcinoma of Ovary and Uterus. *Curr Oncol Rep.* 2013; 15(6): 566-572. doi:10.1007/s11912-013-0346-0
6. **Min KW, Park MH, Hong SR, et al.** Clear Cell Carcinomas of the Ovary: A Multi-Institutional Study of 129 Cases in Korea With Prognostic Significance of Emi1 and Galectin-3. *Int J Gynecol Pathol.* 2013;32(1): 3-14. doi:10.1097/PGP.0b013e31825554e9
7. **Hassen K, Ghossain MA, Rousset P, et al.** Characterization of Papillary Projections in Benign Versus Borderline and Malignant Ovarian Masses on Conventional and Color Doppler Ultrasound. *Am J Roentgenol.* 2011;196(6):1444-1449. doi:10.2214/AJR.10.5014
8. **Choi HJ, Lee JH, Seok Lee J, et al.** CT Findings of Clear Cell Carcinoma of the Ovary. *J Comput Assist Tomogr.* 2006;30(6):875-879. doi:10.1097/01.rct.0000220795.45782.1d

SO SÁNH GIÁ TRỊ DẤU ẤN ĐƠN PLGF, PAPP-A VỚI CẶP DẤU ẤN KẾT HỢP PLGF – PAPP-A TRONG ĐÁNH NGUY CƠ TIỀN SẢN GIẬT THAI KỲ

Lê Thị Mai Dung¹, Nguyễn Trọng Thực¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh giá trị của dấu ấn sinh học PLGF và PAPP-A khi sử dụng đơn lẻ và kết hợp trong đánh giá nguy cơ tiền sản giật (TSG) thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng gồm 249 thai phụ mang thai từ 11 đến 13 tuần 6 ngày được chỉ định làm xét nghiệm sàng lọc tiền sản giật tại Bệnh viện STO Phương Đông. Thu thập các thông tin thai phụ và kết quả xét nghiệm hồi cứu PLGF, PAPP-A từ dữ liệu của các thai phụ từ tháng 2 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023. Kết quả PLGF và PAPP-A được thu nhận từ kết quả thực hiện trên hệ thống Thermo Fisher Scientific BRAHMSTM KRYPTORTM compact PLUS theo nguyên lý công nghệ TRACE. Đánh giá nguy cơ tiền sản giật trên phần mềm

BRAHMS Fast Screen pre1 plus/v3.1. Phân tích số liệu trên phần mềm STATA 14.0 với các phép kiểm định Wilcoxon signed – rank test, Kruskal –Wallis test với phân phối không chuẩn. **Kết quả:** Giá trị nguy cơ TSG trước 34 tuần được đánh giá từ dấu ấn PLGF hoặc PLGF-PAPP-A là tương đồng không có khác biệt đáng kể. So sánh việc sử dụng dấu ấn PAPP-A với dấu ấn kết hợp PLGF – PAPP-A cho thấy có sự khác biệt về giá trị nguy cơ, số lượng ca nguy cơ cao ở tuần 34 đến trước 37 tuần cao hơn đáng kể. **Kết luận:** Sử dụng dấu ấn đơn PLGF để đánh giá nguy cơ tiền sản giật quý 1 thai kỳ trên mô hình đánh giá nguy cơ có sự tương đồng với việc sử dụng kết hợp hai dấu ấn PLGF và PAPP-A tốt hơn là khi sử dụng dấu ấn đơn PAPP-A.

SUMMARY

COMPARISON OF THE VALUE OF SINGLE BIOMARKERS PLGF, PAPP-A WITH THE COMBINED BIOMARKERS PLGF – PAPP-A IN ASSESSING THE RISK OF PRE-ECLAMPSIA DURING PREGNANCY

Objective: To compare the value of biomarkers

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Dung

Email: lethimaidung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024