

- assessment. Reproductive Biomedicine Online, 36(5), 629-634.
4. **Cocci, A., Di Maida, F., Cito, G., Livi, A., Sessa, F., & Natali, A.** (2019). The influence of left varicocele on testicular function and seminal parameters: Role of pH and testicular temperature. Asian Journal of Andrology, 21(5), 430-435.
 5. **Dehghan, A., Kargar, R., & Afkhamzadeh, A.** (2017). Right-sided varicocele: Clinical significance, diagnosis, and impact on patient health. International Journal of Medical Research & Health Sciences, 6(8), 101-106.
 6. **Schlegel, P. N.** (2017). Severe varicocele and impaired spermatogenesis: Mechanisms and therapeutic options. Human Reproduction Update, 23(2), 165-173.
 7. **Krettek, C., Miclau, T., Green, S., & Wu, J.** (2021). Improving male fertility outcomes: Relationship between sperm density and conception rates. Journal of Reproductive Medicine, 66(2), 145-152.
 8. **World Health Organization.** (2020). WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen(6th ed.). World Health Organization.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Phạm Minh Tuệ¹, Nguyễn Thị Huyền¹, Bùi Thị Loan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, kết hợp tiền cứu và hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $69,3 \pm 13,1$. Tỷ lệ nữ/nam là 1,1/1. Ung thư biểu mô tuyến tụy thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%, đứng thứ hai ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm 20,4%. Dướiтип mô học đặc biệt là ung thư biểu mô dạng u tuyến chiếm tỷ lệ thấp, dưới 1%. Không gặp trường hợp là ung thư biểu mô tế bào sừng, ung thư biểu mô vảy, ung thư biểu mô tế bào nhân và thể tủy. Đa phần các khối ung thư đại trực tràng đã xâm lấn qua lớp cơ tới dưới thanh mạc tương đương T3 (chiếm 70,8%); không gặp u chỉ xâm nhập lớp dưới niêm mạc tương đương T1. Tổng số 131/137 trường hợp xếp được giai đoạn mô bệnh học; đa phần từ giai đoạn II đến giai đoạn III (chiếm tổng số 72,5%). Chỉ có 6,1% các trường hợp được xếp giai đoạn IV. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư bị xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh, xâm nhập lympho-tương bào, hoại tử u lần lượt là: 35%, 9,5%, 33,6%, 49,6%. **Kết luận:** Trong ung thư đại trực tràng thì typ UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%. Đặc biệt không gặp trường hợp nào là UTBM tế bào nhân, UTBM thể tủy, UTBM vảy hay UTBM tế bào sừng. Typ mô học mới UTBM tuyến dạng u tuyến chiếm 0,7%.

Từ khóa: ung thư biểu mô đại trực tràng

SUMMARY

COMMENTS ON THE PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuệ
 Email: mintoe09@gmail.com
 Ngày nhận bài: 6.01.2025
 Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025
 Ngày duyệt bài: 13.3.2025

CARCINOMA AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objective: To review some histopathological characteristics of colorectal carcinoma at Hai Duong Provincial General Hospital in 2023. **Subjects and research methods:** cross-sectional description, combining prospective and retrospective studies, convenient sampling. **Results:** The average age of the study group was 69.3 ± 13.1 . The female/male ratio was 1.1/1. Common adenocarcinoma accounted for the highest rate of 56.2%, followed by mucinous adenocarcinoma at 20.4%. Under the special histological type, adenocarcinoma had a low rate, less than 1%. There were no cases of clear cell carcinoma, squamous cell carcinoma, signet ring cell carcinoma and medullary body. Most colorectal cancers had invaded through the muscle layer to the subserosa equivalent to T3 (accounting for 70.8%); there were no tumors that only invaded the submucosa equivalent to T1. A total of 131/137 cases were histologically staged; most were from stage II to stage III (accounting for a total of 72.5%). Only 6.1% of cases were staged at stage IV. The proportions of cancer patients with vascular invasion, nerve invasion, lymphoplasmacytic invasion, and tumor necrosis were: 35%, 9.5%, 33.6%, and 49.6%, respectively. **Conclusion:** In colorectal cancer, the common adenocarcinoma type accounted for the highest proportion at 56.2%. Notably, there were no cases of signet ring cell adenocarcinoma, medullary adenocarcinoma, squamous adenocarcinoma, or clear cell adenocarcinoma. The new histological type of adenomatous adenocarcinoma accounted for 0.7%.

Keywords: colorectal carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là ung thư phổ biến thứ ba sau ung thư phổi và ung thư vú với gần 1,8 triệu trường hợp mới mắc trong năm 2018, tỉ lệ tử vong đứng thứ 2 sau ung thư phổi [1]. Tỷ lệ mắc bệnh giữa các vùng miền, các

châu lục có sự khác nhau. Tại Hoa Kỳ trong năm 2020 phát hiện gần 148.000 ca mới mắc ung thư đại trực tràng, trong đó gần 18.000 ca phát hiện trước 50 tuổi, hơn 53.000 trường hợp tử vong [2]. Theo ghi nhận ung thư ở Việt Nam đến năm 2018 có khoảng 14.733 trường hợp mắc mới ung thư cho cả hai giới. Ung thư đại trực tràng đứng thứ năm về tần số sau các ung thư của gan, phổi, dạ dày và tuyến vú [1].

Típ mô học, độ mô học, xâm nhập mạch và di căn hạch là các yếu tố quan trọng phục vụ cho điều trị và tiên lượng bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Gần đây nhất Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGG) đã đưa ra bảng phân loại mô bệnh học ung thư đại trực tràng năm 2019 với nhiều dưới típ mô bệnh học có ý nghĩa tiên lượng khác nhau cho bệnh nhân như ung thư biểu mô nhày, ung thư biểu mô vi nhú, ung thư biểu mô tuyến răng cưa, ung thư biểu mô tế bào nhẵn và có một típ mô học mới là ung thư biểu mô tuyến dạng u tuyến [3].

Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về ung thư đại trực tràng, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến phân loại mô bệnh học mới nhất năm 2019 trong ung thư đại trực tràng. Vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu "Nhận xét một số đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn cắt đoạn đại trực tràng kết hợp nạo vét hạch tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

- Kết quả xét nghiệm mô bệnh học bệnh phẩm sau mổ bằng phương pháp nhuộm HE (Hematoxylin - Eosin) và PAS (Periodic - Acide - Schiff) là ung thư biểu mô đại trực tràng.

- Còn tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng để chẩn đoán.

- Có đầy đủ thông tin mã hồ sơ của bệnh nhân.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Tất cả các trường hợp không có thông tin đầy đủ như trên:

- Không còn tiêu bản hoặc tiêu bản bị hỏng, mốc không đảm bảo chất lượng hoặc bệnh phẩm không đủ để cắt nhuộm lại HE, PAS.

- Các trường hợp tái phát đến khám và điều trị lại, các trường hợp đã điều trị hóa, xạ trị hay điều trị đích, miễn dịch trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp tiến cứu và hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm thực hiện tại khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

- Thời gian: Từ tháng 01/2022 đến hết tháng 10/2023.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu và kết quả thu được được xử lý bằng máy vi tính, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0, tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, số trung bình. Sử dụng test kiểm định χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến (trường hợp mẫu quan sát dưới 5 sẽ dùng phương pháp kiểm định chính xác (Exact Probability Test: Fisher và Phi and Cramer's...)). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Quản lý tài liệu tham khảo bằng phần mềm SPSS 16.0

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu phải được sự cho phép của Hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương trước khi tiến hành thực hiện.

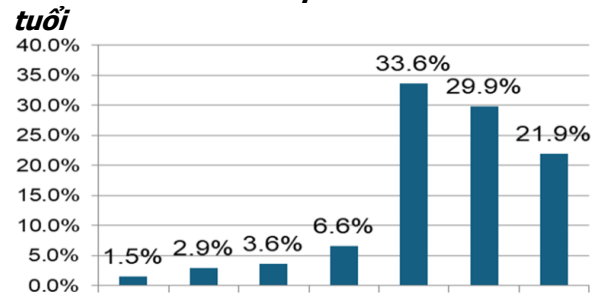
- Tất cả các biến số, chỉ số nghiên cứu sẽ được thu thập một cách trung thực và khoa học.

- Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân sẽ được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

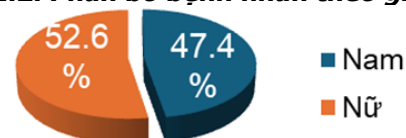
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=137)

Nhận xét: Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 60-69 tuổi, chiếm 33,6%. Nhóm tuổi < 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,5%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $69,3 \pm 13,1$. Tuổi nhỏ nhất là 27 và tuổi lớn nhất là 93.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới (n=137)

Nhận xét: Tỷ lệ nữ bị bệnh là 52,6% cao hơn so với nam bị bệnh là 47,4%. Tỷ lệ nữ/nam = 1,1/1

3.2. Đặc điểm mô bệnh học

3.2.1. Sự phân bố các típ mô bệnh học

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo típ mô bệnh học

Típ mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến, NOS	77	56,2
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	28	20,4
Ung thư biểu mô tuyến răng cưa	22	16,1
Ung thư biểu mô vi nhú	9	6,6
Ung thư biểu mô tuyến dạng u tuyến	1	0,7
Ung thư biểu mô tế bào nhân	0	0
Ung thư biểu mô thể tủy	0	0
Ung thư biểu mô vảy	0	0
Ung thư biểu mô tế bào sáng	0	0
Tổng	137	100

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến típ thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%, đứng thứ hai ung thư biểu mô tuyến nhầy chiếm 20,4%. Dưới típ mô học đặc biệt là UTBM dạng u tuyến chiếm tỷ lệ thấp, dưới 1%. Không gặp trường hợp là ung thư biểu mô tế bào sáng, ung thư biểu mô vảy, ung thư biểu mô tế bào nhân và thể tủy.

3.2.2. Mức độ xâm lấn

Bảng 3.2. Phân bố về mức độ xâm lấn của khối u (n=137)

Mức độ xâm lấn	Số lượng	Tỷ lệ %
T1	0	0
T2	38	27,7
T3	97	70,8
T4	3	1,5
Tổng	137	100

Nhận xét: Đa phần các khối UTĐTT đã xâm lấn qua lớp cơ tới dưới thanh mạc tương đương T3 (chiếm 70,8%); không gặp u chỉ xâm nhập lớp dưới niêm mạc tương đương T1.

3.2.3. Giai đoạn bệnh

Bảng 3.3. Giai đoạn ung thư theo TNM (n=131)

Giai đoạn	Số lượng	Tỷ lệ %
I	28	21,4
II	56	42,7
III	39	29,8
IV	8	6,1
Tổng	131	100,0

Nhận xét: Tổng số 131/137 trường hợp xếp được giai đoạn mô bệnh học; đa phần từ giai đoạn II đến giai đoạn III (chiếm tổng số 72,5%). Chỉ có 6,1% các trường hợp được xếp giai đoạn IV.

3.2.4. Các đặc điểm khác

Bảng 3.4. Phân bố các đặc điểm khác

Đặc điểm	Có Số ca (tỷ lệ %)	Không Số ca (tỷ lệ %)	Tổng Số ca (tỷ lệ %)
Xâm nhập mạch	48 35%	89 65%	137 (100%)
Xâm nhập thần kinh	13 9,5%	124 90,5%	137 (100%)
Xâm nhập lympho - tương bào	46 33,6%	91 66,4%	137 (100%)
Hoại tử u	68 49,6%	69 50,4%	137 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ung thư bị xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh, xâm nhập lympho-tương bào, hoại tử u lần lượt là: 35%, 9,5%, 33,6%, 49,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi có tỷ lệ cao nhất là 60-69 tuổi (33,6%), sau đó là 70-79 tuổi (29,9%) và >80 tuổi (21,9%), chỉ có 02 trường hợp <30 tuổi, chiếm tỷ lệ 1,5%. Lứa tuổi ≥50 chiếm đa số các trường hợp (92%). Lứa tuổi <40 chỉ có 4,4% số trường hợp. Tuổi trung bình là 69,3 ± 13,1, tuổi nhỏ nhất là 27 và tuổi lớn nhất là 93.

Các công trình nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng có những kết quả tương tự về tuổi của bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng. Theo kết quả nghiên cứu Fuszek và cộng sự (2006), tuổi mắc bệnh trung bình là 65,2 ± 12,5 [4]. Nghiên cứu của Ozer và cộng sự năm 2019 cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình là 60,5 [5]. Theo Chu Văn Đức (2015), tuổi trung bình của 174 bệnh nhân ung thư đại trực tràng nghiên cứu tại bệnh viện K và bệnh viện đa khoa Trí Đức là 56,7; tuổi thấp nhất là 20, cao nhất là 83, trong đó gặp nhiều nhất ở lứa tuổi ≥ 60 (42%) [6].

4.1.2. Giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ có tỷ lệ mắc cao hơn nam (52,6% so với 47,4%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,1/1. Kết quả này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu như của Lê Quang Minh (2012), tỉ lệ nam/nữ là 0,93/1 [7]. Trong nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015, tỷ lệ nam/nữ là 0,85/1 [6].

Tuy nhiên, trong một số nghiên cứu trong nước và thế giới, tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ. Theo Nguyễn Việt Nguyệt (2008), tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1[8]; Hoàng Kim Ngân (2006), tỷ lệ nam/nữ là 1,16/1[9]. Các nghiên cứu trên dữ liệu lớn của nhiều tác giả trên thế giới đều cho

thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ, nhưng sự khác biệt cũng không quá lớn.

4.2. Đặc điểm mô bệnh học

4.2.1. Phân típ mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến típ thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhày 20,4% và ung thư biểu mô tuyến răng cửa 16,1%, các típ mô học khác chiếm tỷ lệ thấp từ 0% đến 6,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Lê Đình Roanh và cộng sự năm 1999 cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 79,6%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhày chiếm tỷ lệ 17,3% [10]. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 trên 174 trường hợp UTĐTT cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 87,9%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhày 6,9%, ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 1,7% và ung thư thể tùy chiếm 0,6% [6]. Nghiên cứu của Eriksen và cộng sự trên 573 bệnh nhân UTĐTT cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm 90%, ung thư biểu mô nhày chiếm 10%. Nghiên cứu của Connell và cộng sự lấy dữ liệu từ chương trình SEER cho thấy trong 119.363 bệnh nhân UTĐTT, chiếm tỷ lệ cao nhất là ung thư biểu mô tuyến 87,4%, sau đó là ung thư biểu mô tuyến nhày 11,6%.

Theo Tổ chức Y tế thế giới ung thư biểu mô tuyến nhày được xác định khi >50% mô u là chất nhày ngoại bào. Các tế bào u nằm trong bể chất nhày có thể có cấu trúc tuyến, đám, các tế bào đơn lẻ hoặc dạng tế bào nhẵn. Giá trị tiên lượng của mô học típ nhày vẫn còn tranh cãi. Hu và cộng sự phân tích 4893 trường UTĐTT ở giai đoạn II cho thấy mô học típ nhày có tiên lượng xấu hơn típ tuyến thông thường.

Ung thư biểu mô vi nhú được xác định bởi các đám nhỏ tế bào u nằm trong khoảng trống mô đệm giả lòng mạch. Tế bào u có bào tương rộng ưa toan, nhân đa hình mức độ vừa. Típ mô học này tại đại trực tràng lần đầu tiên được Kim và cộng sự mô tả năm 2006 [2]. UTBM vi nhú cũng được mô tả trong các cơ quan khác như tuyến vú, phổi, bàng quang, buồng trứng, tuyến nước bọt. Đặc điểm mô học này là một yếu tố tiên lượng xấu.

Ung thư biểu mô tuyến răng cửa lần đầu tiên được mô tả bởi Jass và Smith năm 1992, có hình thái giống u tuyến răng cửa hoặc polyp tăng sản, đây cũng được coi là tổn thương tiền ung thư của típ mô học này. Trên 16% UTBM ở manh tràng và đại tràng lên là UTBM tuyến răng cửa,

trong đó tỷ lệ này ở đại tràng trái và trực tràng là < 6%. Đặc điểm mô bệnh học của UTBM tuyến răng cửa bao gồm: hình thái chia nhánh dạng răng cửa, biệt hóa nhày, đám hình cầu hoặc dây tế bào trôi nổi trong chất nhày, bào tương rộng ưa toan, nhân hình túi, hạt nhân rõ và không xuất hiện hoại tử bần. Hình thái răng cửa cấu tạo bởi chỉ thành phần biểu mô hoặc biểu mô và màng đáy tạo cấu trúc nhú nhưng không có trục liên kết xơ mạch. Hình thái này gặp trong hầu hết số trường hợp UTBM tuyến răng cửa (93%).

Ung thư biểu mô tế bào nhẵn, ung thư biểu mô thể tùy là các thứ típ hiếm gặp của UTBM đại trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các típ trên đều là 0%. UTBM tế bào nhẵn biểu hiện đặc điểm kém biệt hóa, độ mô học cao và có tiên lượng xấu. UTBM thể tùy có tiên lượng tốt hơn với tỷ lệ sống sau 1 và 2 năm lần lượt là 92,7 và 73,8% [8].

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1/137 trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạng u tuyến, chiếm tỷ lệ 0,7%. Đây là trường hợp bệnh nhân nam 79 tuổi có u ở giai đoạn T2, di căn hạch giai đoạn N1 với hình thái u có cấu trúc giống u tuyến nhú, phân biệt với u tuyến dựa vào thành phần xâm nhập. U được đánh giá là có tiên lượng tốt hơn so với các típ mô học còn lại [9].

4.2.2. Độ mô học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 73%, u biệt hóa cao chiếm 24,8% và u kém biệt hóa chiếm 2,2%. Phân độ mô học theo hệ thống hai độ cho kết quả là độ mô học thấp chiếm tỷ lệ 89,6%, độ mô học cao chiếm tỷ lệ 10,4%. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 cho thấy u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 52,3%, biệt hóa cao chiếm tỷ lệ 25,4% và kém biệt hóa là 20,3% [6]. Nghiên cứu của Roseweir và cộng sự năm 2019 trên 822 bệnh nhân ung thư đại trực tràng cho thấy độ mô học cao/vừa chiếm tỷ lệ 90,5%, độ mô học kém biệt hóa chiếm 9,5% [79]. Các kết quả trên tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đều cho thấy nhóm u biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhiều nghiên cứu cho thấy độ mô học là một yếu tố tiên lượng độc lập, độ mô học cao liên quan đến tăng nguy cơ di căn hạch, di căn xa và có tiên lượng xấu.

4.2.3. Độ xâm lấn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có không có trường hợp xâm lấn lớp dưới niêm mạc (T1) chiếm tỷ lệ 0%, 38 trường hợp xâm lấn lớp cơ (T2) chiếm 27,7%, 97 trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3) chiếm 70,8% và 3 trường hợp mô u phá vỡ thanh mạc

(T4) chiếm 1,5%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hồng cho kết quả u ở giai đoạn T2 chiếm 25,58%, T3 chiếm 73,26% [41]. Nghiên cứu của Chu Văn Đức cho thấy u xâm lấn thanh mạc (T3, T4) chiếm 78,7%, xâm lấn lớp cơ chiếm 20,1%, lớp dưới niêm mạc chiếm 1,2% [6]. Nghiên cứu của Lê Huy Hòa cho thấy mức độ xâm lấn T1, T2, T3, T4 lần lượt là 1,1%, 17,8%, 56,7% và 24,4%. Các nghiên cứu đều cho kết quả chung là u ở giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ chủ yếu, thấp nhất là giai đoạn T1, điều đó cũng cho thấy u được phát hiện chủ yếu ở giai đoạn muộn. Độ xâm lấn kết hợp với tình trạng di căn hạch và di căn xa là các yếu tố xác định giai đoạn bệnh giúp xác định chiến lược điều trị cho bệnh nhân và cũng là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong UTĐTT. Vasile và cộng sự khi đánh giá giai đoạn T cho thấy thời gian sống trung bình của bệnh nhân UTĐTT tương ứng với độ xâm lấn T2, T3, T4 lần lượt là 57,4; 47,2 và 43,1 tháng ($p < 0,05$) [8].

4.2.4. Các đặc điểm khác. Xâm nhập mạch máu và mạch bạch huyết được ghi nhận là một yếu tố tiên lượng độc lập trên các phân tích đa dữ liệu, làm tăng nguy cơ di căn hạch, di căn xa và giảm thời gian sống không bệnh. Nó là một yếu tố quan trọng góp phần quyết định điều trị hóa chất bổ trợ. Một nghiên cứu trên 703 bệnh nhân UTĐTT cho thấy tỷ lệ sống 5 năm thấp và tỷ lệ di căn gan cao ở nhóm bệnh nhân có xâm nhập tĩnh mạch. Xâm nhập mạch lớn (thành dày) có ý nghĩa tiên lượng hơn xâm nhập mạch nhỏ (thành mỏng). Bằng chứng của xâm nhập mạch tăng lên với giai đoạn u và độ biệt hóa kém [10].

Sự xuất hiện của xâm nhập thần kinh liên quan với tỷ lệ cao di căn, tái phát và giảm thời gian sống. Nó cũng được xem là một yếu tố tiên lượng độc lập trong UTĐTT. Qua đánh giá 137 trường hợp UTĐTT, chúng tôi thấy có 13 trường hợp xâm nhập thần kinh chiếm tỷ lệ 9,5%. Liebig và cộng sự nghiên cứu trên 269 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ xâm nhập thần kinh là 22,1%. Báo cáo cũng cho thấy tỷ lệ sống sau 5 năm ở bệnh nhân không có xâm nhập thần kinh cao gấp 4 lần ở bệnh nhân có xâm nhập thần kinh (65% so với 16%, $p < 0,05$). Nghiên cứu của Peng và cộng sự cho thấy những bệnh nhân không di căn hạch có xâm nhập thần kinh có tỷ lệ tái phát gấp 2,5 lần những bệnh nhân không xâm nhập thần kinh (22,7% so với 7,9%) [7]. Ueno và cộng sự phân tích 3 nhóm bệnh nhân: không xâm nhập thần kinh, xâm nhập trong niêm mạc và xâm nhập

ngoài niêm mạc cho thấy tỷ lệ sống 5 năm lần lượt là 88%, 70% và 48% [9].

V. KẾT LUẬN

- UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%, sau đó là UTBM tuyến nhày (20,4%). Đặc biệt không gặp trường hợp nào là UTBM tế bào nhẵn, UTBM thể tùy, UTBM vảy hay UTBM tế bào sừng.

- UTBM tuyến răng cưa chiếm tỷ lệ 16,1%, UTBM vi nhú 6,6%. Típ mô học mới UTBM tuyến dạng u tuyến chiếm 0,7%.

- Độ mô học biệt hóa vừa chiếm đa số 73%, độ xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 70,8%.

- Tỷ lệ di căn hạch là 35,9%, xâm nhập mạch là 35%, xâm nhập thần kinh là 9,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018). "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries". CA Cancer J Clin; 68(6):394-424.
2. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, et al (2020). "Colorectal cancer statistics, 2020". CA Cancer J Clin; 70(3):145-164.
3. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al (2020). "The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system". Histopathology; 76(2):182-188.
4. Fuszek P, Horváth HC, Speer G, et al (2006). "Change in location of colorectal cancer in Hungarian patients between 1993-2004". 147(16):741-746.
5. Ozer SP, Barut SG, Ozer B, et al (2020). "The relationship between tumor budding and survival in colorectal carcinomas". 65:1442-1447.
6. Đức, CV (2015). Nghiên cứu bóc lộ một số dấu ấn hoá mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Quang Minh (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và biến đổi biểu hiện gen của ung thư biểu mô đại trực tràng bằng phương pháp Microarray, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
8. Nguyễn Việt Nguyệt (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn Dukes A tại Bệnh viện K từ 1/2001 đến 10/2007, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
9. Hoàng Kim Ngân (2006). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kháng nguyên biểu hiện gen P53, Ki67, Her-2/neu trong ung thư đại trực tràng, Luận văn Bác sĩ CK II, Học viện Quân y.
10. Lê Đình Roanh (1999). "Nghiên cứu hình thái học ung thư đại trực tràng gặp tại bệnh viện K - Hà Nội 1994-1997". Tạp chí Thông tin Y dược; 11:66-69.