

điều trị và các yếu tố liên quan đến hiệu quả đáp ứng trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Máng nhai in 3D bước đầu cho thấy hiệu quả tích cực trong điều trị TMD, với quy trình thuận tiện và mức độ hài lòng cao từ bệnh nhân. Kết quả này hỗ trợ tiềm năng ứng dụng lâm sàng của phương pháp. Nghiên cứu quy mô lớn hơn với thiết kế chặt chẽ và đánh giá khách quan là cần thiết để xác lập giá trị điều trị của máng nhai in 3D.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig. 2021;25(2):441-453. doi:10.1007/s00784-020-03710-w
2. Albagieh H, Alomran I, Binakresh A, et al. Occlusal splints-types and effectiveness in temporomandibular disorder management. Saudi Dent J. 2023;35(1):70-79. doi:10.1016/j.sdentj.2022.12.013
3. Qin H, Liu Y, Miao H, et al. Comparative Efficacy of Digital 3D-Printed and Conventional Stable Occlusal Splints in the Treatment of Temporomandibular Disorders. J Oral Rehabil. Published online May 19, 2025. doi:10.1111/joor.14032
4. Blasi A, Henarejos-Domingo V, Palacios-Bañuelos R, Vidal-Ponsoda C, Aparicio C, Roig M. CAD-CAM and analog occlusal splints comparison based on the amount of occlusal adjustments. 3D analysis of the volumetric changes: A pilot study. J Esthet Restor Dent. 2023;35(8):1271-1278. doi:10.1111/jerd.13080
5. NAMVAR MA, AFKARI BF, MOSLEMKHANI C, MANSOORI K, DADASHI M. The Relationship between Depression and Anxiety with Temporomandibular Disorder Symptoms in Dental Students. Maedica (Bucur). 2021;16(4):590-594. doi:10.26574/maedica.2021.16.4.590
6. Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, et al. Hypnosis/ Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Oral Facial Pain Headache. 2015;29(2):115-125. doi:10.11607/ofph.1330

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG U TUYẾN DỊCH NHẦY BUỒNG TRỨNG ÁC TÍNH

Lê Thị Hoàng Hà¹, Võ Minh Tuấn¹, Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên¹,
Dương Bội Yến¹, Võ Thanh Nhân², Lâm Kiều Mộng Thy²,
Lưu Minh Văn², Nguyễn Lê Quyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến dịch nhầy (UTDN) buồng trứng là loại u thường gặp thứ 2 trong nhóm u biểu mô buồng trứng, chiếm tỉ lệ 10-15%. Các yếu tố tiên lượng tái phát của u tuyến dịch nhầy buồng trứng vẫn còn nhiều tranh luận vì số lượng nghiên cứu (NC) hạn chế và kết quả khác biệt giữa các nghiên cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của u tuyến dịch nhầy buồng trứng ác tính tại bệnh viện Từ Dũ. Xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTDN buồng trứng ác tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Đoàn hệ hồi cứu. **Kết quả:** Với thời gian theo dõi nghiên cứu là 60 tháng ghi nhận tần suất tái phát chung của UTDN ác tính là 6,45% [KTC 95%: 3,89 - 11,66]. Yếu tố liên quan đến nguy cơ tái phát u tuyến dịch nhầy buồng trứng ác tính là: khi kích thước u tăng lên 1 (cm) thì nguy cơ tái phát giảm 67%, với HR = 0,33 [KTC 95%: 0,12 - 0,93], p < 0,05; những trường hợp bị vỡ u trong lúc phẫu thuật

có nguy cơ tái phát bằng 4,70 lần [KTC 95%: 1,06 - 20,81] so với những bệnh nhân không bị vỡ u, p < 0,05; những bệnh nhân UTDN ác tính từ giai đoạn III trở lên có nguy cơ tái phát cao gấp 7,91 lần [KTC 95%: 1,56 - 40,02] so với bệnh nhân ở giai đoạn I, với p < 0,05. **Kết luận:** Cần tư vấn và theo dõi chặt chẽ người bệnh mắc u tuyến dịch nhầy buồng trứng ác tính có yếu tố tiên lượng tái phát cao, cụ thể: những trường hợp có vỡ u trong lúc phẫu thuật và bệnh ở giai đoạn III trở lên. Điều đặc biệt là nếu kích thước u càng nhỏ thì khả năng tái phát càng gia tăng.

Từ khóa: u tuyến dịch nhầy buồng trứng ác tính, yếu tố tiên lượng tái phát

SUMMARY

A STUDY ON THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF MALIGNANT OVARIAN MUCINOUS TUMORS

Background: Mucinous ovarian tumors are the second most common subtype of epithelial ovarian tumors, accounting for approximately 10–15% of all cases. The prognostic factors associated with recurrence in malignant mucinous ovarian tumors remain controversial due to limited studies and inconsistent findings. **Objective:** To describe the clinical characteristics of malignant mucinous ovarian tumors treated at Tu Du Hospital. To determine the recurrence rate and identify factors associated with

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025

recurrence in these tumors. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted. **Results:** With a follow-up period of 60 months, the overall recurrence rate of malignant mucinous ovarian tumors was 6.45% (95% CI: 3.89–11.66). Factors significantly associated with increased recurrence risk included: Tumor rupture during surgery, which was associated with a 4.70-fold higher risk of recurrence (95% CI: 1.06–20.81; $p < 0.05$); Advanced FIGO stage (III or higher), which increased the risk of recurrence by 7.91 times compared to stage I (95% CI: 1.56–40.02; $p < 0.05$). Interestingly, for each 1 cm increase in tumor size, the risk of recurrence decreased by 67% (HR = 0.33; 95% CI: 0.12–0.93; $p < 0.05$). **Conclusion:** Patients with malignant mucinous ovarian tumors should be carefully counseled and closely monitored, especially those with intraoperative tumor rupture or advanced-stage disease (FIGO stage III or higher), as they present a higher risk of recurrence. Notably, smaller tumor size was paradoxically associated with increased risk of recurrence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến dịch nhầy (UTDN) buồng trứng là loại u thường gặp thứ 2 trong nhóm u biểu mô buồng trứng, chiếm tỉ lệ 10-15% [1, 2]. UTDN bao gồm: UTDN lành tính, UTDN giáp biên và ung thư biểu mô tuyến dịch nhầy (TDN). Nhóm giáp biên và ung thư chiếm tỷ lệ khoảng 20% tổng số UTDN nói chung [3]. Trái ngược với những khối u biểu mô buồng trứng khác, UTDN buồng trứng thường xuất hiện ở độ tuổi sinh sản, với kích thước khối u rất lớn, có thể gây rối loạn tiêu tiểu và chèn ép cơ quan lân cận. Tái phát dai dẳng sau điều trị phẫu thuật với sự tiến triển liên tiếp các hình thái mô bệnh học từ lành tính lên giáp biên, đến ác tính là vấn đề vẫn còn nhiều tranh cãi.

Ung thư biểu mô TDN là một thể mô bệnh học đặc biệt của ung thư biểu mô buồng trứng, chiếm tỷ lệ khoảng 5% ung thư biểu mô buồng trứng [4]. Trong khi 80% trường hợp ung thư biểu mô TDN nguyên phát thường được chẩn đoán ở giai đoạn FIGO I với khả năng sống sót cao [5, 6], những bệnh nhân tái phát có tiên lượng rất xấu và đáp ứng kém với hóa trị liệu. Cụ thể, tỷ lệ sống sót sau 5 năm theo bệnh cụ thể ở những bệnh nhân nguyên phát là 84,5% trong khi thời gian sống sót sau tái phát trung bình chỉ là 5,0 tháng [5, 6]. Do đó, ung thư biểu mô TDN giai đoạn tiến triển hoặc tái phát được xem như một thách thức lớn về mặt điều trị cho các bác sĩ lâm sàng. Cho đến thời điểm hiện tại, yếu tố tiên lượng tái phát vẫn còn nhiều tranh luận vì số lượng nghiên cứu hạn chế và kết quả khác biệt giữa các nghiên cứu.

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện (BV) chuyên ngành sản phụ khoa hàng đầu Việt Nam, trong

đó có ung thư phụ khoa. Số lượng người bệnh mắc UTDN có xu hướng tăng dần với hơn 100 trường hợp mỗi năm, trong đó ít nhất 20 trường hợp là ung thư biểu mô TDN và UTDN giáp biên. Ở Việt Nam nói chung và tại BV Từ Dũ nói riêng, hiện nay các nghiên cứu liên quan đến UTDN chưa nhiều, đa số là một phần kết quả trong các nghiên cứu về u buồng trứng nói chung hoặc ung thư biểu mô buồng trứng. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "*Đặc điểm lâm sàng u tuyến dịch nhầy buồng trứng ác tính*" nhằm cung cấp dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị cũng như xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của những khối u này. Qua đó, các bác sĩ lâm sàng có thêm thông tin để tư vấn người bệnh và góp phần cải thiện kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm trả lời cho câu hỏi: "*Tần suất tái phát của u tuyến dịch nhầy ác tính được điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ là bao nhiêu?*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Chúng tôi tiến hành sàng lọc hồ sơ và chọn vào những bệnh nhân có kết quả GPB khi phẫu thuật lần đầu là UTDN buồng trứng ác tính nguyên phát tại BV Từ Dũ. Những bệnh nhân có hồ sơ không đầy đủ thông tin được chúng tôi loại ra.

2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức cho NC sống còn

$$n_{\text{Biến cố}} \geq \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\log_e HR)^2}$$

$$N_{\text{Tổng}} = n / P_{\text{Prev}}$$

Chúng tôi chọn HR= 3,839 theo H. Kajiya [7]. Với HR= 3,839 thì số ca có biến cố (tái phát) tối thiểu là 12. Chọn Prev (tỉ lệ hiện mắc) = 0,18 để có cỡ mẫu tổng lớn nhất. Vậy số ca UTDN ác tính tối thiểu là 64 ca.

Như vậy cỡ mẫu chung ít nhất là 64 ca UTDN ác tính, trong đó tối thiểu 12 ca UTDN ác tính có tái phát.

2.4. Phương pháp lấy mẫu. Lấy mẫu toàn bộ.

2.5. Phương pháp tiến hành

Chúng tôi tiến hành NC theo các bước sau:

Bước 1: Chuẩn bị đề cương nghiên cứu

Bước 2: Nghiên cứu thử

Bước 3: Sàng lọc hồ sơ

Bước 4: Thu thập số liệu

Bước 5: Nhập số liệu và làm sạch

Bước 6: Phân tích số liệu

Bước 7: Hoàn thành luận văn

Biến số NC chính: Biến số tái phát trong

ngiên cứu của chúng tôi là biến số sống còn, vì vậy phải được ghi nhận bởi 2 yếu tố: có/không xảy ra tái phát, và khoảng thời gian xảy ra tái phát.

Xảy ra tái phát. Tại khoa Ung bướu phụ khoa BV Từ Dũ, bệnh nhân được chẩn đoán UTDN buồng trứng ác tính tái phát khi:

- Trước đó đã có phẫu thuật và có kết quả GPB là UTDN buồng trứng ác tính (UTDN giáp biên ác hoặc carcinom TDN) và,
- Đã điều trị (phẫu thuật hoặc phẫu thuật và hóa trị hỗ trợ) ổn, được xuất viện và,
- Trong thời gian theo dõi ngoại trú sau xuất viện được nhập viện lại BV Từ Dũ với chẩn đoán: U dịch nhầy ác tính tái phát.

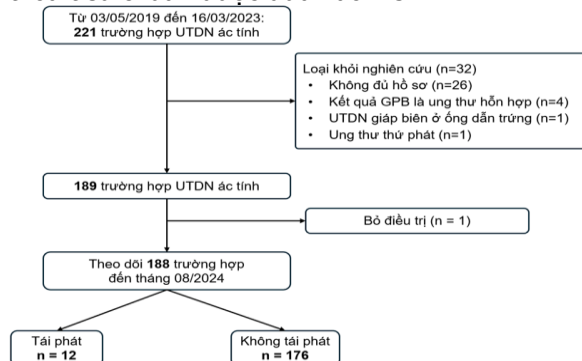
Thời gian xảy ra tái phát: Là thời gian từ lúc được chẩn đoán (và phẫu thuật) UTDN ác tính lần đầu tiên đến khi nhập lại BV Từ Dũ với chẩn đoán: U dịch nhầy ác tính tái phát.

Xử lý và phân tích số liệu: Sau khi nhập và làm sạch số liệu, chúng tôi xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17.0. Thống kê mô tả: tính trung bình và độ lệch chuẩn với độ tin cậy 95%. Thống kê phân tích gồm 2 bước: bước 1 mô tả và phân tích đơn biến, bước 2 dùng mô hình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát yếu tố gây nhiễu để tính HR hiệu chỉnh (HR*) cho các biến số.

2.4. Đạo đức trong NC y sinh. NC được thông qua Y đức bởi hội đồng khoa học công nghệ BV Hùng Vương số 2609/ĐHYD-HĐĐĐ (kí ngày 26/09/2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 08/2024 trở về trước đến tháng 05/2019 có 12 ca UTDN ác tính tái phát được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Từ Dũ. Khoảng thời gian từ phẫu thuật lần đầu xa nhất đến gần nhất của những ca tái phát trên là từ tháng 05/2019 đến tháng 03/2023. Trong khoảng thời gian này có 188 ca UTDN ác tính thỏa tiêu chuẩn được đưa vào NC.



Hình 1: Tóm tắt quá trình nghiên cứu

Tuổi trung bình khi lần đầu được phẫu thuật UTDN buồng trứng ác tính là $41,4 \pm 15,8$; trong

đó tuổi nhỏ nhất là 16, và lớn nhất là 85. Đa số bệnh nhân thuộc dân tộc Kinh (97,9%), phần lớn bệnh nhân đến từ các tỉnh khác ngoài TP.HCM (82,4%). Bệnh nhân lao động chân tay và trí óc chiếm tỉ lệ khá đồng đều, lần lượt là 35,1% và 33,0%, nhóm nội trợ hoặc hưu trí chiếm 31,9%. Về tình trạng hôn nhân, 144 bệnh nhân đã lập gia đình (76,6%). Đa số bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường (53,7%).

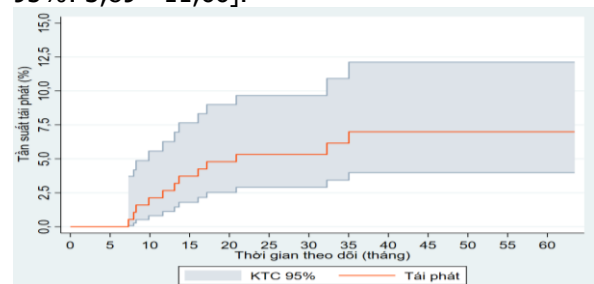
Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nguy cơ của nhóm không tái phát là 7603 tháng và của nhóm có tái phát là 193 tháng. Trong nhóm tái phát, trung vị của thời gian xuất hiện tái phát là 13 tháng, dao động trong khoảng tứ phân vị từ 8 - 17 tháng.

3.1. Tần suất tái phát

Bảng 3.1: Tần suất xảy ra tái phát theo thời gian

Khoảng cách tháng	Số theo dõi	Tái phát (n=12)	Tần suất tích lũy (%)	KTC 95%
0 - 12	188	5	2,66	1,12 - 6,27
12 - 24	183	5	5,32	2,95 - 9,84
24 - 36	167	2	6,45	3,89 - 11,66
36 - 48	111	0	6,45	3,89 - 11,66
48 - 60	74	0	6,45	3,89 - 11,66
> 60	178	0	6,45	3,89 - 11,66

Ở 188 người trong thời gian theo dõi 12 tháng, tần suất tái phát là 2,66% [KTC 95%: 1,12 - 6,27]. Đến 24 tháng, tần suất tái phát tích lũy là 5,32% [KTC 95%: 2,95 - 9,84], Đến 36 tháng, tần suất tái phát tích lũy là 6,45% [KTC 95%: 3,89 - 11,66]. Đến 60 tháng không có trường hợp nào ghi nhận tái phát nên tần suất tái phát tích lũy được duy trì là 6,45% [KTC 95%: 3,89 - 11,66].



Hình 2: Biểu đồ Kaplan-Meier của tái phát tích lũy theo thời gian

3.2 Phân tích hồi quy các yếu tố liên quan đến hoá trị cứu vãn. NC sử dụng mô hình hồi quy Cox đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố liên quan. Đầu tiên chúng tôi thực hiện mô hình hồi quy Cox đơn biến cho 15 cặp biến số. Sau khi phân tích đơn biến, chúng tôi ghi nhận 3 yếu tố liên quan đến khả năng tái

phát u (sự nguyên vẹn của khối u trong lúc phẫu thuật, sót u sau phẫu thuật, và giai đoạn của u). Tiếp theo, chúng tôi thực hiện hồi quy Cox đa biến cho 3 yếu tố kể trên và 2 yếu tố tiềm năng thường được ghi nhận trên y văn (kích thước

khối u, ROMA test trước phẫu thuật) để không chế các yếu tố gây nhiễu và không chế các yếu tố đồng tác. Để tiện theo dõi, bảng 1 tóm tắt kết quả hồi quy Cox đa biến

Bảng 1: Phân tích hồi quy đa biến liên quan giữa các yếu tố với tái phát

Yếu tố tiên lượng	Thời gian nguy cơ (tháng)	Tái phát		HR	HR*	KTC 95%	p*
		Có n=12 (%)	Không n=179 (%)				
ROMA test							
Nguy cơ cao	3054	7 (9,6)	66 (90,4)	2,23	0,90	0,24 - 3,55	0,72
Nguy cơ thấp	4742	5 (4,4)	110 (95,6)	1	1		
Kích thước u* (cm)	7796	12 (6,4)	176 (93,6)	0,93	0,90	0,81 - 0,99	0,04
Sự nguyên vẹn của khối u*							
Vỡ	2803	10 (13,7)	63 (86,3)	8,53	7,41	1,45 - 37,89	0,02
Không vỡ	4994	2 (1,7)	113 (98,3)	1	1		
Sốt u sau phẫu thuật							
Có	723	4 (21,1)	15 (79,0)	4,66	1,13	0,30 - 4,32	0,86
Không	7074	8 (4,7)	161 (95,3)	1	1		
Giai đoạn của u							
Giai đoạn III	199	3 (50,0)	3 (50,0)	13,16	14,71	2,65 - 81,65	< 0,01
Giai đoạn II	316	2 (25,0)	6 (75,0)	6,49	4,06	0,71 - 23,15	0,11
Giai đoạn I	7282	7 (4,0)	167 (96,0)	1	1		

p*: hồi quy Cox đa biến, HR: Hazard ratio trong mô hình hồi quy Cox đơn biến, HR*: Hazard ratio trong mô hình hồi quy Cox đa biến

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi theo dõi 188 người bệnh UTDN ác tính với trung vị của thời gian xuất hiện tái phát là 13 tháng, dao động trong khoảng tứ phân vị từ 8-17 tháng, ghi nhận có 12 ca tái phát. Tần suất tái phát tích lũy là 6,45%. Tần suất tái phát tích lũy của chúng tôi thấp hơn so với 11,8% trong báo cáo của Li Sun (2018) [8], 9,3% trong báo cáo của Kumari S (2021) [9], 9% trong 5 năm đầu nghiên cứu của Robert L.H (2021) [5]. Nguyên nhân khác nhau có thể do khác biệt trong quần thể bệnh nhân và phương pháp phẫu thuật chủ yếu trong nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả UTDN giáp biên và ung thư biểu mô TDN nhưng đa phần ở giai đoạn sớm với tỷ lệ bóc u đơn thuần thấp (11,7%) hơn các nghiên cứu khác, và sau bóc u, hơn 80% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được mổ lần 2 để cắt phần phụ và phân giai đoạn. Trong khi các nghiên cứu khác tập trung nhiều vào nhóm UTDN giáp biên với tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cao hơn, điều này cũng làm tăng nguy cơ tái phát đã được báo cáo trong y văn. Thời gian theo dõi trung vị của chúng tôi (46 tháng) ngắn hơn so với một số nghiên cứu khác (151 tháng trong nghiên cứu của Li Sun[8]), nên có thể chưa phát hiện những ca tái phát muộn hơn 5 năm.

Trong nghiên cứu của tác giả Tuan VM (2017) [10] khi ghi nhận ở 433 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ u buồng trứng giáp biên ác tại Bệnh viện Từ Dũ, trung vị của thời gian tái phát là 18 tháng. Trung vị của thời gian tái phát trong nghiên cứu của tác giả Tuan VM cao hơn so với chúng tôi (18 tháng so với 13 tháng) có lẽ đến từ việc trong nghiên cứu của tác giả chọn tất cả những u buồng trứng giáp biên ác, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chọn vào những trường hợp u tuyến dịch nhầy ác tính (bao gồm cả giáp biên và carcinoma) nên thời gian tái phát có thể bị rút ngắn lại.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Khi kích thước u tăng lên 1 (cm) thì nguy cơ tái phát giảm 10%, với HR = 0,90 [KTC 95%: 0,81 - 0,99]. Một trong những yếu tố quan trọng tác động đến nguy cơ tái phát là chiến lược phẫu thuật triệt để và phân giai đoạn đầy đủ. Các nghiên cứu cho thấy phẫu thuật chưa triệt để là yếu tố tiên lượng xấu nhất cho tái phát: nếu còn mô u sót lại hoặc chỉ phẫu thuật bán phần (bảo tồn quá mức), tỷ lệ tái phát có thể 10–20%, so với chỉ khoảng 5% nếu phẫu thuật triệt để ngay từ đầu.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận những bệnh nhân mắc UTDN ác tính từ giai đoạn III trở lên có nguy cơ tái phát tăng gấp 7,91 lần so với

nhóm giai đoạn I, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Giai đoạn bệnh là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong vấn đề tái phát u, đã được khẳng định qua y văn, các nghiên cứu trên thế giới và cả Việt Nam [5, 8, 70, 91, 92]. Sự chênh lệch lớn về nguy cơ tái phát giữa ung thư buồng trứng thể nhầy giai đoạn III so với giai đoạn I có thể được giải thích bằng nhiều yếu tố liên quan đến đặc điểm bệnh học và điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vỡ u trong phẫu thuật có tăng nguy cơ tái phát 7,41 lần so với nhóm không vỡ u, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cơ chế chủ yếu được chấp nhận là khi bao nang u rách vỡ, các tế bào u thoát ra ngoài và cấy ghép vào phúc mạc, hình thành các ổ vi di căn mà phẫu thuật không thể loại bỏ hết. Những ổ bệnh vi thể này về sau có thể phát triển thành khối u tái phát trong ổ bụng hoặc vùng chậu. Do vậy, việc bảo toàn được tính nguyên vẹn của khối u trong lúc mổ là mục tiêu quan trọng nhằm dự phòng tái phát.

Điểm hạn chế. Đây là NC hồi cứu, dữ liệu thu thập dựa vào hồ sơ bệnh án, chưa được chuẩn hóa hoàn toàn, có thể dẫn đến sai lệch thông tin. Tuy nhiên, đây là loại bệnh lý đặc biệt nên khoa Ung bướu phụ khoa có bệnh án riêng với thông tin đầy đủ và hồ sơ ngoại trú cũng rất chi tiết. Hơn nữa các bác sĩ trong khoa đều có ý thức về tầm quan trọng của các thông tin này nên đều ghi nhận cẩn thận, chính xác. Thứ hai, thời gian theo dõi trong nghiên cứu có trung vị là 13 tháng. UTDN ác tính đa phần ở giai đoạn sớm và tỉ lệ tái phát sớm thấp nhưng tiềm ẩn nguy cơ tái phát muộn.

Điểm mới và tính ứng dụng. Ở Việt Nam hiện nay nghiên cứu về UTDN chưa nhiều và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTDN ác tính cũng chưa thực sự được quan tâm. Vì vậy việc xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh UTDN ác tính là cần thiết, có thể giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán sớm và chính xác người bệnh, từ đó giúp khởi động điều trị sớm, cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát là cần thiết để tư vấn người bệnh, lựa chọn điều trị, cũng như quy trình theo dõi sau điều trị tốt hơn cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Cần tư vấn và theo dõi chặt chẽ người bệnh mắc u tuyến dịch nhầy buồng trứng ác tính có yếu tố tiên lượng tái phát cao, cụ thể: những trường hợp có vỡ u trong lúc phẫu thuật và bệnh ở giai đoạn III trở lên. Điều đặc biệt là nếu kích thước u

càng nhỏ thì khả năng tái phát càng gia tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moro F, Zannoni GF, Arciuolo D, Pasciuto T, Amoroso S, Mascilini F, et al.** Imaging in gynecological disease (11): clinical and ultrasound features of mucinous ovarian tumors. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2017;50(2):261-70. doi: 10.1002/uog.17222.
2. **Prat J, D'Angelo E, Espinosa I.** Ovarian carcinomas: at least five different diseases with distinct histological features and molecular genetics. *Hum Pathol*. 2018;80:11-27. doi: 10.1016/j.humpath.2018.06.018.
3. **C Simon Herrington & Editorial Board WCOT.** WHO Classification of Tumours Female Genital Tumours. 5th ed. International Agency for Research on Cancer2020. p. 48-53.
4. **Gupta S, Kalwaniya D, Shamsunder S.** A comprehensive review of mucinous ovarian cancer: insights into epidemiology, risk factors, histological characteristics, and clinical outcomes. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2024;13: 474-82. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20240158.
5. **Hollis RL, Stillie LJ, Hopkins S, Bartos C, Churchman M, Rye T, et al.** Clinicopathological Determinants of Recurrence Risk and Survival in Mucinous Ovarian Carcinoma. *Cancers*. 2021;13(22). doi: 10.3390/cancers13225839.
6. **Brown J, Frumovitz M.** Mucinous tumors of the ovary: current thoughts on diagnosis and management. *Curr Oncol Rep*. 2014;16(6):389. doi: 10.1007/s11912-014-0389-x.
7. **Kajiyama H, Suzuki S, Yoshikawa N, Kawai M, Nagasaka T, Kikkawa F.** Survival impact of capsule status in stage I ovarian mucinous carcinoma-A multicentric retrospective study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2019;234:131-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.01.009.
8. **Sun L, Li N, Song Y, Wang G, Zhao Z, Wu L.** Clinicopathologic Features and Risk Factors for Recurrence of Mucinous Borderline Ovarian Tumors: A Retrospective Study With Follow-up of More Than 10 Years. *International journal of the gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*. 2018;28(9): 1643-9. doi: 10.1097/igc.0000000000001362.
9. **Kumari S, Kumar S, Bhatla N, Mathur S, Thulkar S, Kumar L.** Oncologic and reproductive outcomes of borderline ovarian tumors in Indian population. *Gynecologic oncology reports*. 2021;36: 100756. doi: 10.1016/j.gore.2021.100756.
10. **Vo TM, Duong KA, Tran LT, Bui TC.** Recurrence rate and associated factors of borderline ovarian tumors in the south of Vietnam. *The journal of obstetrics and gynaecology research*. 2019;45(10):2055-61. doi: 10.1111/jog.14072.

ĐẶC ĐIỂM VỎ GIẢ BAO QUANH U TRÊN XQUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BIỂU MÔ THẬN

Trịnh Đình Phương Thảo¹, Lê Đặng Quế Trâm¹, Đặng Ngọc Thạch²,
Bùi Anh Thắng², Lưu Ngọc Bảo Trân², Nghiêm Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh vỏ giả bao quanh u của ung thư biểu mô thận (UTBMT) trên Xquang cắt lớp vi tính (XQCLVT) và nghiên cứu giá trị XQCLVT trong chẩn đoán vỏ giả bao quanh u của UTBMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 145 trường hợp (TH) được chẩn đoán xác định UTBMT tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2022 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58 ± 12 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-70 tuổi (chiếm 63,5%); giới nam chiếm ưu thế 62,8% với tỉ lệ nam/nữ là 1,68/1. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy UTBMT loại tế bào sáng chiếm đa số 69/145 TH (tỉ lệ 48%), tỉ lệ vỏ giả bao quanh u trên XQCLVT là 85/145 TH (chiếm 58,6%), được phát hiện trên thì vỏ tủy với tỉ lệ cao nhất là 44,8%. Nghiên cứu cho thấy không có mối tương quan giữa kích thước khối u thận và đặc điểm vỏ giả bao quanh u, ngược lại có mối tương quan với các đặc điểm xâm lấn vỏ bao thận, xâm lấn mỡ quanh thận, xâm lấn mỡ xoang thận và xâm lấn mạch máu. Trên XQCLVT, khả năng phát hiện vỏ giả bao ở thì vỏ tủy cao nhất với độ nhạy 57%, độ đặc hiệu 98%, giá trị tiên đoán dương 96%, giá trị tiên đoán âm 50%. Liên quan đến độ mô học, XQCLVT có giá trị chẩn đoán vỏ giả bao với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt đối với UTBMT tế bào sáng là 95%, 59%, 78%, 84%; đối với UTBMT tế bào nhú là 96%, 55%, 72%, 91%, đối với UTBMT tế bào kỵ màu là 90%, 50%, 73%, 66%. **Kết luận:** XQCLVT có giá trị cao trong việc khảo sát vỏ giả bao quanh u trong UTBMT, giúp bác sĩ lâm sàng dự kiến được loại tế bào học lành hoặc ác của u, sự xâm lấn u vào các nhu mô lân cận, đánh giá giai đoạn u, khả năng bóc tách u nhằm lựa chọn phương pháp mổ phẫu thuật thích hợp.

Từ khóa: Xquang cắt lớp vi tính, ung thư biểu mô thận, vỏ giả bao, mô học.

SUMMARY

PERITUMORAL PSEUDO CAPSULE FEATURES ON COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF RENAL CELL CARCINOMA

Objective: To describe the imaging characteristics of the pseudocapsule of renal cell carcinoma (RCC) on computed tomography (CT) and to evaluate the diagnostic value of CT in detecting tumor pseudocapsules in RCC. **Methods:** A

retrospective study was conducted on 145 confirmed cases of RCC diagnosed at Binh Dan Hospital from January 2022 to April 2024. **Results:** The mean age of the study population was 58 ± 12 years, with the most commonly affected age group being 50–70 years (63,5%). Males (62,8%) predominated with a male-to-female ratio of 1,68:1. Histopathological results revealed that clear cell RCC was the most common subtype, accounting for 69 out of 145 cases (48%). The presence of a tumor pseudocapsule on CT was detected in 85 out of 145 cases (58,6%), with the corticomedullary phase yielding the highest detection rate (44,8%). The study found no correlation between tumor size and the characteristics of the pseudocapsule. However, there was a correlation between the presence of a pseudocapsule and renal capsular invasion, perinephric fat invasion, renal sinus fat invasion, and vascular invasion. On CT, the corticomedullary phase had the highest sensitivity for pseudocapsule detection, with a sensitivity of 57%, specificity of 98%, positive predictive value (PPV) of 96%, and negative predictive value (NPV) of 50%. In terms of histologic subtypes, CT showed diagnostic value in detecting the pseudocapsule with the following performance: for clear cell RCC: sensitivity 95%, specificity 59%, PPV 78%, NPV 84%; for papillary RCC: sensitivity 96%, specificity 55%, PPV 72%, NPV 91%, for chromophobe RCC: sensitivity 90%, specificity 50%, PPV 73%, NPV 66%. **Conclusion:** CT imaging plays a significant role in evaluating the tumor pseudocapsule in RCC. It aids clinicians in predicting the histologic subtype (benign vs malignant features), assessing tumor invasion into adjacent structures, staging, and determining the feasibility of tumor enucleation—thereby guiding appropriate surgical planning.

Keywords: Computed tomography, renal cell carcinoma, pseudocapsule, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô thận (UTBMT) chiếm khoảng 2% của toàn bộ các loại ung thư của người lớn và đại diện trên 90% các u ác tính ở thận, thường xuất hiện ở người lớn trên 50 tuổi với tỷ lệ nam giới nhiều gấp hai lần so với nữ giới¹. Hầu như bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng, đa số phát hiện tình cờ hoặc khi đến khám thì đã có di căn. Do đó việc ứng dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp phát hiện giai đoạn sớm u thận, chẩn đoán xác định tổn thương thận lành tính hay ác tính, phân loại giai đoạn u nhằm đưa ra các chỉ định phẫu thuật phù hợp giúp điều trị bảo tồn thận trong một số điều kiện nhất định. UTBMT thường có lớp vỏ giả bao do một lớp mô liên kết tăng trưởng bao quanh

¹Bệnh viện An Bình

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthaoy2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025