

này. Lần thứ tư với sự xuất hiện của giãn tĩnh mạch buồng trứng và ổ giả phình cũng góp phần làm tăng nguy cơ tái phát và xuất huyết dai dẳng. Các bác sĩ can thiệp điện quang sau đây đã lựa chọn đường vào tiếp cận ổ tổn thương bằng đường vào trực tiếp qua thành bụng kết hợp với ép qua đường bụng để chặn luồng máu trở về từ tĩnh mạch chậu đến tĩnh mạch chủ dưới giúp kiểm soát lượng keo đã bơm qua ổ dị dạng thông động tĩnh mạch, tránh keo di chuyển về nhĩ phải và vào động mạch phổi. Kết quả điều trị của chúng tôi cho thấy với phương pháp điều trị nội mạch kết hợp với tiếp cận trực tiếp qua da trong điều trị AVM tử cung là phương pháp an toàn, hiệu quả và có thể bảo tồn tử cung tương tự trong kết quả điều trị của tác giả Norbert Kuc (2023)[9].

IV. KẾT LUẬN

Dị dạng động tĩnh mạch tử cung là một bệnh lý mạch máu hiếm gặp nhưng tiềm ẩn nguy cơ xuất huyết nghiêm trọng. Thuyên tắc động mạch tử cung là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản, tuy nhiên, những trường hợp AVM tái phát nhiều lần như bệnh nhân trong báo cáo cho thấy thách thức thực sự trong chẩn đoán và điều trị. Việc lựa chọn vật liệu nút mạch, đường vào can thiệp phù hợp, cũng như theo dõi sát sau thủ thuật là yếu tố then chốt để kiểm soát bệnh lý một cách toàn diện và bền vững. Những trường hợp phức tạp có thể cần đến các kỹ thuật can thiệp nâng cao như chọc qua da trực tiếp là phương pháp an toàn, có thể giúp điều trị triệt để ổ tổn thương

còn lại sau khi thuyên tắc nội mạch và có thể bảo tồn tử cung cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sridhar, D. and R.L. Vogelzang, Diagnosis and treatment of uterine and pelvic arteriovenous malformations. *Endovasc Today*, 2018. 17(1): p. 73.
2. Szpera-Goździewicz, A., et al., Uterine arteriovenous malformation—diagnosis and management. *Ginekologia polska*, 2018. 89(5): p. 276-279.
3. Grivell, R.M., K.M. Reid, and A. Mellor, Uterine arteriovenous malformations: a review of the current literature. *Obstetrical & gynecological survey*, 2005. 60(11): p. 761-767.
4. O'Rourke-Suchoff, D., et al., Diagnosis and treatment of women with radiologic findings suspicious for uterine arteriovenous malformations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2021. 41(5): p. 769-773.
5. Rosen, A., et al., Medical treatment of uterine arteriovenous malformation: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 2021. 116(4): p. 1107-1116.
6. PS, H., N. AR, and S.R. JN, Case report of recurrent uterine arteriovenous malformation managed conservatively. *Journal of Case Reports and Images in Obstetrics and Gynecology*, 2017. 3: p. 32-37.
7. Das, C.J., et al., Endovascular uterine artery interventions. *Indian Journal of Radiology and Imaging*, 2017. 27(04): p. 488-495.
8. Doppman, J.L. and P. Pevsner, Embolization of arteriovenous malformations by direct percutaneous puncture. *American Journal of Roentgenology*, 1983. 140(4): p. 773-778.
9. Kuc, N., et al., Direct Percutaneous Embolization of Uterine Arteriovenous Malformations. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2022. 33(5): p. 607-609.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN U TẾ BÀO MÀM VÙNG CÙNG CỤT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hồ Trần Bản¹, Nguyễn Thị Mỹ Linh², Mai Hoàng Vĩnh Kha²,
Chu Khánh An², Võ Kim Kha², Trần Quang Minh²,
Tống Thị Mai Quỳnh², Võ Thị Cẩm Quỳnh², Trần Võ Đức Tân²,
Lê Sĩ Phong¹, Vũ Trường Nhân¹, Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhi mắc u tế bào mầm

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Trần Bản

Email: hotranban@ump.edu.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

vùng cùng cắt được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca ở tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán UTBM vùng cùng cắt và được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. **Kết quả:** 34 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu gồm 23,5% nam và 76,5% nữ, tuổi trung vị 2 tháng. Triệu chứng phổ biến nhất là phát hiện u (94,1%). Kích thước u trung bình trên siêu âm và CT lần lượt là 63,09 mm và 86,52 mm. 38,2% ca tăng AFP và 23,5% ca tăng β -hCG. Tăng AFP đơn thuần là

yếu tố dự báo có ý nghĩa thống kê đối với nhóm U ác tính ($p < 0,001$). U quái trưởng thành chiếm đa số (73,5%). **Kết luận:** Triệu chứng UTBM vùng cùng cụt chủ yếu là phát hiện u với phần lớn u là dạng hỗn hợp trên hình ảnh học và u quái trưởng thành trên mô bệnh học. **Từ khóa:** U tế bào mầm; u tế bào mầm vùng cùng cụt; trẻ em

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF SACROCOCCYGEAL GERM CELL TUMORS IN AT CHILDREN HOSPITAL 2

Objectives: To describe the clinical, subclinical and histopathological characteristics of pediatric patients with sacrococcygeal germ cell tumors who underwent surgical treatment at Children's Hospital 2 from January 1, 2018, to December 31, 2024.

Materials and methods: This retrospective descriptive case series includes all pediatric patients under 16 years old diagnosed with sacrococcygeal germ cell tumors (GCTs) and treated surgically at Children's Hospital 2 from January 1, 2018 to December 31, 2024. **Results:** We recorded 34 patients meeting the inclusion criteria, comprising 23.5% males and 76.5% females, with a median age of 2 months. The most common clinical presentation was tumor detection (94.1%). The mean tumor sizes on ultrasound and CT were 63.09 mm and 86.52 mm, respectively. Elevated AFP levels were observed in 38.2% of cases, while increased β -hCG levels were found in 23.5%. Isolated elevation of AFP was a statistically significant predictor of malignant tumors ($p < 0.001$). Mature teratoma was the most common histopathological type (73.5%). **Conclusion:** The primary symptom of sacrococcygeal germ cell tumors (GCTs) is tumor detection, with most cases appearing as mixed tumors on imaging and mature teratomas on histopathology. Surgery is the main treatment approach with low rates of complications and recurrence. **Keywords:** Germ cell tumor; Sacrococcygeal germ cell tumor; Children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào mầm (UTBM) là bệnh hiếm gặp ở trẻ em, chiếm 2-4% ung thư ở trẻ dưới 20 tuổi.¹ U quái cùng cụt (UQCC) là UTBM ngoài tuyến sinh dục phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh, với tỷ lệ 1/40.000 ca sinh.² Dù là bệnh hiếm gặp nhưng trên thế giới có khá nhiều bài báo cáo về UTBM vùng cùng cụt. Tuy nhiên, tại Việt Nam cho đến nay có rất ít bài báo cáo mô tả về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng về UTBM vùng cùng cụt ở trẻ em, từ đó gây khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của UTBM vùng cùng cụt tại bệnh viện Nhi Đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi dưới

16 tuổi được chẩn đoán UTBM vùng cùng cụt và được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi <16 tuổi. Nhập viện và được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. Bệnh nhân có giải phẫu bệnh là UTBM vùng cùng cụt.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTBM vùng cùng cụt đã được phẫu thuật tại cơ sở khác. Hồ sơ bệnh án lưu trữ không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Phương pháp đánh giá số liệu:

Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS Statistics 20.

Phương pháp: thống kê:

- Các biến số định tính: tỷ lệ phần trăm, tần số, kiểm định thống kê Fisher.

- Các biến số định lượng: trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

Y đức: Nghiên cứu số 05/GCN - BVNĐ2 đã được sự đồng ý cho phép thực hiện của Hội đồng Khoa học/Y đức của Đại học Y được TPHCM và Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tất cả các quy trình và nội dung nêu trong báo cáo đã được tuân thủ nghiêm túc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2024 tại bệnh viện Nhi Đồng 2, chúng tôi ghi nhận 34 trường hợp đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Lâm sàng

Đặc điểm bệnh nhi. Thời điểm chẩn đoán UTBM vùng cùng cụt, tuổi trung bình là $11,79 \pm 26,041$ tháng, tuổi trung vị là 2 tháng, nhỏ nhất là 0 tháng, lớn nhất là 142 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhi

	Tần số (n=34)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<2 tháng	16	47,1
2-12 tháng	10	29,4
>12 tháng	8	23,5
Giới tính		
Nam	8	23,5
Nữ	26	76,5
Nơi cư ngụ		
TP.HCM	1	2,9
Ngoài TP.HCM	33	97,1

Nhận xét: Tuổi trung vị khi nhập viện của dân số nghiên cứu là 2 tháng. Bệnh nhi dưới 2 tháng tuổi chiếm cao nhất (47,1%). Đa số là bệnh nhi là nữ và ở ngoài TPHCM.

Đặc điểm lâm sàng. Chúng tôi ghi nhận 20/34 ca chưa được chẩn đoán tiền sản. Đối với

20 bệnh nhi này, thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được nhập viện trung bình là $164,4 \pm 386,439$ ngày, dài nhất là 1470 ngày, ngắn nhất là 0 ngày. Thời gian trung vị là 4,5 ngày.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi

	Tần số (n=34)	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán tiền sản (n=34)		
Có	14	41,2
Không	20	58,8
Triệu chứng lâm sàng (n=34)		
U vùng cùng cụt	32	94,1
Bí tiểu	4	11,8
Đau bụng	2	5,9
Đau mông	2	5,9
Sốt	2	5,9
Vỡ u	2	5,9
Sụt cân	1	2,9
Trướng bụng	1	2,9
Khác	1	2,9
Phân loại u theo Altman (n=34)		
Loại I	9	26,5
Loại II	14	41,2
Loại III	6	17,6
Loại IV	5	14,7

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhi không được chẩn đoán tiền sản. Đa số bệnh nhi phát hiện u. Tỷ lệ bệnh nhi có UTBM vùng cùng cụt loại II theo phân loại Altman là cao nhất (41,2%).

Cận lâm sàng

Dấu ấn sinh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 34 bệnh nhi đều được đo AFP và β -hCG trước phẫu thuật. Trong đó, 13 (38,2%) bệnh nhi tăng nồng độ AFP và 8 (23,5%) bệnh nhi tăng nồng độ β -hCG. Nhóm bệnh nhi có tăng AFP dưới 2 tháng tuổi là 7 (53,8%) bệnh nhi, từ 2 tháng đến 12 tháng tuổi là 3 (23,1%) bệnh nhi và lớn hơn 12 tháng tuổi là 3 (23,1%) bệnh nhi.

Nhận xét: Nhóm bệnh nhi dưới 2 tháng tuổi có tỷ lệ AFP tăng cao nhất (53,8%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ AFP giữa các nhóm tuổi ($p = 0,90 > 0,05$ theo kiểm định Fisher).

Bảng 5. Sự liên quan giữa các yếu tố nghiên cứu với loại mô học

		U lành tính (n=25)		U ác tính (n=9)		p*
		U quái trưởng thành N(%)	U quái chưa trưởng thành N(%)	U túi noãn hoàng N(%)	UTBM hỗn hợp ác tính N(%)	
Số trường hợp		25 (73,5)	6 (17,7)	2 (5,9)	1 (2,9)	
Tuổi	<2 tháng	12 (75)		4 (25)		0,855
	≥2 tháng	13 (72,2)		5 (27,8)		
Phân loại u theo Altman	I	7 (77,8)		2 (22,2)		0,317
	II	12 (85,7)		2 (14,3)		
	III	3 (50)		3 (50)		
	IV	3 (60)		2 (40)		
Tăng AFP		4 (30,7)	6 (46,2)	2 (15,4)	1 (7,7)	0,001

Hình ảnh học. Chúng tôi chỉ ghi nhận 24 (70,6%) bệnh nhi được làm siêu âm vùng cùng cụt và 23 (67,6%) bệnh nhi được chụp CT bụng chậu có cản quang.

Kích thước u trung bình trên siêu âm là $63,09 \pm 28,102$ (mm), lớn nhất là 125 (mm), nhỏ nhất là 18 (mm) và trên CT là $86,52 \pm 33,265$ (mm), lớn nhất là 180 (mm), nhỏ nhất là 28 (mm).

Bảng 3. Mật độ u trên siêu âm và CT

	U quái trưởng thành N(%)	U ác tính N(%)	Tổng N(%)
Siêu âm (n=24)			
Dạng nang	9 (90)	1 (10)	10 (100)
Dạng đặc	0	1 (100)	1 (100)
Dạng hỗn hợp	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100)
CT scan (n=23)			
Dạng nang	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)
Dạng đặc	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Dạng hỗn hợp	10 (71,4)	4 (28,6)	14 (100)

Nhận xét: Trên CT và siêu âm, dạng u hỗn hợp đều chiếm tỷ lệ nhiều nhất, lần lượt là 60,9% và 54,2%.

Bảng 4. Đặc điểm vôi hóa trên siêu âm và CT

	U quái trưởng thành N(%)	U ác tính N(%)	Tổng N(%)
Vôi hóa trên siêu âm (n=24)			
Có	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (100)
Không	13 (76,5)	4 (23,5)	17 (100)
Vôi hoá trên CT scan (n=23)			
Có	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (100)
Không	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)

Chúng tôi ghi nhận số trường hợp u có hình ảnh vôi hóa trên CT và siêu âm lần lượt là 17 (73,9%) trường hợp và 7 (29,2%) trường hợp.

Nhận xét: Hình ảnh vôi hóa được phát hiện trên CT - scan tốt hơn so với siêu âm.

Giải phẫu bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 34 bệnh nhi đều được làm giải phẫu bệnh.

Tăng β-hCG	4 (50)	3 (37,5)	0	1 (12,5)	0,067
Tăng AFP và β-hCG	1 (20)	3 (60)	0	1 (20)	0,002

**Phép kiểm Fisher, p có ý nghĩa khi $< 0,05$.*

Nhận xét: Giải phẫu bệnh chiếm tỷ lệ nhiều nhất (73,5%) là u quái trưởng thành. Tỷ lệ u ác tính theo Altman tip I, II (17,4%) thấp hơn so với tỷ lệ u ác tính theo Altman tip III, IV (45,5%). Bệnh nhi với tuổi < 2 tháng và ≥ 2 tháng phần lớn có phân loại mô bệnh học là lành tính (75% và 72,2%). Đa số các trường hợp tăng AFP là u ác tính (69,2%), trong đó các trường hợp tăng cả AFP

và β -hCG đa phần là u quái chưa trưởng thành (60%). Tăng AFP đơn thuần có mối liên quan đến loại mô bệnh học với $p = 0,001 < 0,05$ (kiểm định Fisher). Tương tự, sự tăng cả AFP và β -hCG có mối liên quan đến loại mô bệnh học với $p = 0,002 < 0,05$. Trong khi đó, tăng β -hCG đơn thuần không có mối liên quan đến loại mô bệnh học $p = 0,067 > 0,05$ (phép kiểm Fisher).

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic đa thức đánh giá mối liên quan giữa tăng AFP đơn thuần và tăng cả AFP, β -hCG với nhóm u

	Nhóm u (so với U quái trưởng thành)	Hệ số hồi quy	p	Tỷ số chênh lệch (OR)	Khoảng tin cậy 95%
Tăng AFP đơn thuần	U ác tính	21,333	$< 0,001$	$1,84 \times 10^9$	$1,84 \times 10^9 - 1,84 \times 10^9$
Tăng AFP và β -hCG		2,955	0,016	19,02	1,75 - 210,33

Nhận xét: Tăng AFP đơn thuần là yếu tố dự báo có ý nghĩa thống kê đối với nhóm U ác tính ($p < 0,001$), với tỷ số chênh lệch OR = $1,84 \times 10^9$, khoảng CI rất hẹp và không bao gồm 1, cho thấy rằng khi tăng AFP, nguy cơ xuất hiện U ác tính tăng gấp $1,84 \times 10^9$ lần so với trường hợp không tăng. Tương tự, tăng cả AFP và β -hCG là một yếu tố dự báo có ý nghĩa thống kê đối với U ác tính ($p = 0,016$), với tỷ số chênh lệch OR = 19,02, khoảng CI không bao gồm 1, cho thấy rằng khi cả hai marker này cùng tăng, nguy cơ xuất hiện U ác tính tăng gấp 19,2 lần so với trường hợp không tăng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật UTBM vùng cùng cụt tại Bệnh viện Nhi đồng 2 (2018-2024) cập nhật dữ liệu tiền đề về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học ở bệnh nhi UTBM vùng cùng cụt.

Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu ghi nhận UTBM vùng cùng cụt gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ 3,3:1), nhiều hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của Hasbay là 1,7:1.³ Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận tuổi trung vị khi nhập viện là 2 tháng trong khi nghiên cứu của Đào Thị Thanh An và Phạm Duy Hiền lần lượt là 25 và 1,5 tháng.^{4,5} Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhi được chẩn đoán tiền sản khá cao (41,2%), so sánh với Niramis là 22,8% và Hasbay là 36,8%.^{3,6} Kết quả trên cho thấy vai trò quan trọng của siêu âm trong phát hiện sớm UTBM vùng cùng cụt. Lâm sàng của UTBM vùng cùng cụt rất đa dạng, với u vùng cùng cụt (94,1%), tiếp theo là bí tiểu (11,8%). Tương tự, tỷ lệ khối u vùng mông là 100% và rối loạn đại tiểu tiện là 11,36% trong nghiên cứu của Phạm Duy Hiền.⁵ Nghiên cứu của

Đào Thị Thanh An, khối u vùng cùng cụt chiếm 71,4% và táo bón chiếm 14,3%.⁴ Nghiên cứu của Manzoor ghi nhận khối u vùng cùng cụt là 88%, tiếp theo là táo bón với 12%.⁷ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả trường hợp mô bệnh học lành tính và ác tính, trong khi các nghiên cứu trước đây thường chỉ tập trung vào một nhóm nhất định. Về phân loại u theo Altman, đa số bệnh nhi được phân loại II (41,2%), loại I (26,5%). Kết quả này chênh lệch nhiều so với nghiên cứu của Altman khi loại I (46,7%), loại II (34,7%) và nghiên cứu của Niramis với Altman loại I (50,9%) và Altman loại II (21%).^{6,8} Điều này có thể lý giải do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi ($n = 34$) ít so với nghiên cứu gốc của Altman ($n = 398$) và Niramis ($n = 57$).^{6,8}

Hình ảnh học. Siêu âm là phương tiện đầu tay trong tiếp cận và đánh giá khối u vùng cùng cụt. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 24 (70,6%) bệnh nhi được siêu âm vùng cùng cụt và 23 (67,6%) bệnh nhi được chụp CT bụng chậu có cản quang. Kích thước u trung bình trên CT trong nghiên cứu của chúng tôi là $86,52 \pm 33,265$ mm (28-180 mm), lớn hơn so với nghiên cứu của Phạm Duy Hiền là $54,45 \pm 26,60$ mm (15-124 mm).⁵ Theo nghiên cứu của Phạm Duy Hiền, tỷ lệ bệnh nhân có u dạng hỗn hợp, dạng nang và dạng đặc trên MRI lần lượt chiếm 60,47%, 37,21%, và 2,33%.⁵ Tương tự, trong nghiên cứu của chúng tôi, dạng u hỗn hợp chiếm tỷ lệ nhiều nhất trên CT hoặc MRI (60,9%). Tỷ lệ bệnh nhi có hình ảnh vôi hóa được phát hiện trên CT là 73,9%, tốt hơn so với siêu âm là 29,2%.

Dấu ấn sinh học. AFP và β -hCG là hai dấu ấn sinh học đặc trưng cho UTBM, rất có giá trị trong chẩn đoán và điều trị. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, tất cả bệnh nhi đều được đo AFP và β -hCG trước phẫu thuật. Với AFP, chúng tôi chọn chỉ số ngưỡng ở trẻ trên 1 tuổi là 20 kU/L. Qua đó, 21 (61,8%) trường hợp có AFP bình thường và 13 (38,2%) trường hợp có AFP tăng so với tuổi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Phạm Duy Hiền, tỷ lệ bệnh nhân có AFP bình thường là 75% và tăng hơn so với tuổi là 25%.⁵ Mặt khác, trong nghiên cứu của Manzoor, tỷ lệ AFP bình thường là 52% và tăng hơn so với tuổi là 48%.⁷ Sự khác biệt này có thể do sự chênh lệch về cỡ mẫu nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhi dưới 2 tháng tuổi có tỷ lệ AFP tăng cao nhất (53,8%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ AFP giữa các nhóm tuổi ($p = 0,90 > 0,05$ theo kiểm định Fisher). AFP tăng cao là một yếu tố tiên lượng cho mức độ ác tính của UTBM vùng cùng cụt, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số trường hợp tăng AFP là u ác tính (69,2%). Khả năng xuất hiện u ác tăng rất cao khi nồng độ AFP tăng ($p = 0,001$, $OR = 1,84 \times 10^9$). Đối với β -hCG, chúng tôi chọn chỉ số ngưỡng là 5 IU/L. Qua đó, 26 (76,5%) trường hợp có β -hCG bình thường và 8 (23,5%) trường hợp tăng β -hCG. Tương tự nghiên cứu của Phạm Duy Hiền và Manzoor, tỷ lệ bệnh nhân có β -hCG tăng hơn so với tuổi lần lượt là 20% và 16%.^{5,7} Bên cạnh đó, sự tăng đồng thời của cả AFP và β -hCG cũng cho thấy mối liên quan với đặc tính ác tính ($p = 0,002$).

Mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 34 bệnh nhi đều được làm giải phẫu bệnh, trong đó có 73,5% u quái trưởng thành và 26,5% UTBM ác tính. Trong nhóm u ác tính, u quái không trưởng thành chiếm tỷ lệ cao nhất (17,7%), kế tiếp là u túi noãn hoàng (5,9%) và cuối cùng là UTBM hỗn hợp (2,9%). Không có trường hợp u nghịch mầm, carcinôm phôi hay carcinôm đệm nuôi. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, trong nghiên cứu của Niramis, tỷ lệ u quái trưởng thành cũng chiếm đa số (72%).⁶ Ngoài ra, một nghiên cứu khác của Hasbay cũng chỉ ra rằng tỷ lệ u quái trưởng thành là loại mô bệnh học chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%).³ Sự xuất hiện của mô bệnh học loại ác tính dường như liên quan đến tuổi tại thời điểm xuất hiện triệu chứng và nhập viện.⁸ Trong khảo sát của Altman, tỷ lệ ác tính tăng lên đối với các tổn thương phân loại Altman II, III, IV theo thứ tự 21%, 34%, 38%, cũng như với tuổi chẩn đoán lớn hơn (dưới 2 tháng tuổi: 7% bé gái và 10% bé trai bị ác tính; trên 2 tháng tuổi: 48% bé gái và 67% bé trai bị ác tính).⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ác tính của Altman II, III, IV lần lượt là

14,3%, 50%, 40%, không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,317 > 0,05$). Về tuổi chẩn đoán, tỷ lệ ác tính dưới 2 tháng tuổi là 25%, trên 2 tháng tuổi là 27,8% cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,815 > 0,05$). Sự khác biệt có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ, đặc biệt ở nhóm u ác tính. Ngoài ra, tỷ lệ ác tính ở nhóm dưới 2 tháng cao hơn đáng kể so với báo cáo của Altman có thể phản ánh sự tiến bộ của chẩn đoán tiền sản giúp chẩn đoán và điều trị sớm bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận triệu chứng UTBM vùng cùng cụt chủ yếu là phát hiện u, tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn ở nam và bệnh có thể chẩn đoán trước sinh. Phần lớn u có dạng hỗn hợp trên hình ảnh học và có mô bệnh học là u quái trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Göbel U, Schneider DT, Calaminus G, et al. (2000). Germ-cell tumors in childhood and adolescence. *Ann Oncol.* 2000;11(3):263-272. doi:10.1023/A:1008360523160
2. Zvizdic Z, Jonuzi A, Milisic E, et al (2023). A Long-Term Outcome of the Patients with Sacrococcygeal Teratoma: A Bosnian Cohort. *Turk Arch Pediatr.* 2023;58(2):168-173. doi:10.5152/TurkArchPediatr.2023.22268
3. Hasbay B, Canpolat T, Aktekin E, et al. (2022). Clinicopathological Evaluation of Childhood Sacrococcygeal Germ Cell Tumors: A Single-Center Experience. *Turk Arch Pediatr.* 2022; 57(3): 329-334. doi:10.5152/TurkArchPediatr.2022.21306
4. Đào Thị Thanh An, Trần Diệp Tuấn (2023). Đặc điểm chẩn đoán và điều trị u tế bào mầm ác tính ngoài sọ tại Bệnh viện Nhi đồng 2. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;527(1):340-344. doi:10.51298/vmj.v527i1.5696
5. Phạm Duy Hiền, Vũ Mạnh Hoàn (2024). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u quái cùng cụt ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;539(1). doi:10.51298/vmj.v539i1.9679
6. Niramis R, Anuntkosol M, Buranakitjaroen V, et al (2015). Long-Term Outcomes of Sacrococcygeal Germ Cell Tumors in Infancy and Childhood. *Surg Res Pract.* 2015;2015:1-8. doi:10.1155/2015/398549
7. Manzoor A, Magray M, Mufti G, Bhat N, Hamid R (2025). Fugitive problem of sacrococcygeal teratoma in children of Kashmir: a detailed clinical study and role of surgery with special emphasis on complications. *Int J Med Public Health.* 2025;15(1):866-870. doi:10.70034/ijmedph.2025.1.161
8. Altman RP, Randolph JG, Lilly JR (1974). Sacrococcygeal teratoma: American Academy of Pediatrics Surgical Section Survey-1973. *J Pediatr Surg.* 1974;9(3):389-398. doi:10.1016/s0022-3468(74)80297-6