

3. **Ngô Kim Thời, Nguyễn Thị Bích Uyên, Trương Nguyễn Uy Linh, et al.** Đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn bệnh tế bào hạch thần kinh ruột chưa trưởng thành. Y học TP. Hồ Chí Minh.2018;22(1):391-401.
4. **Małgorzata Markiewicz-kijewska, Adam Kowalski, Ludmiła Bacewicz.** Immaturity of ganglion cells – a study of our own material. Przegląd chirurgiczny. 2009; 81(2):95-102.
5. **Prem Puri, Jan-Hendrik Gosemann, Hiroki Nakamura.** Variants of Hirschsprung Disease. Prem Puri, ed. Pediatric Surgery: General Principles and Newborn Surgery. 1st ed. Pringer-Verlag GmbH;2020: 1045-1058.
6. **Salimi Jazi F, Julia M. Chandler, Chad M. Thorson.** Delayed appearance of mature ganglia in an infant with an atypical presentation of total colonic and small bowel aganglionosis: a case report. BMC Pediatr. 2019; 19(1): 93.
7. **Satoshi Ieiri, Kina Miyoshi, Kouji Nagata, Junko Miyata.** Current clinical features in diagnosis and treatment for immaturity of ganglia in Japan: analysis from 10-year nationwide survey. Pediatr Surg Int. 2015;31: 949–954. DOI 10.1007/s00383-015-3774-0.
8. **Zhixiong Lin, Mingkun Liu, Lei Yan.** Outcome of Santulli enterostomy in patients with immaturity of ganglia: single institutional experience from a case series. BMC Surgery.2022;22:400.

## ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TIỀN LIỆT TRÊN SINH THIẾT KIM THEO PHÂN LOẠI WHO 2016 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Anh Phương<sup>1</sup>, Phan Thị Quỳnh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Hồng Vân<sup>3</sup>, Nguyễn Phương Hoa<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến tiền liệt trên sinh thiết kim theo phân loại WHO 2016 và xác định mối liên quan giữa phân độ Gleason với một số đặc điểm khác. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 78 bệnh nhân được chẩn đoán UTBM TTL tại Trung tâm Giải phẫu bệnh – Tế bào học, Bệnh viện Bạch Mai từ 02/2022 đến 03/2023. Các mẫu được nhuộm H.E, phân loại theo WHO 2016 và chấm điểm Gleason theo hệ thống ISUP 2014. **Kết quả:** Tuổi trung bình 72,86 ± 7,75; nhóm 70–79 tuổi chiếm 41%. UTBM tuyến nang thông thường chiếm 89,7%; biến thể tế bào giống nhẵn và bọt bào lần lượt 6,5% và 3,8%. Tỷ lệ xâm lấn ít nhất 1 trong 3 thành phần thần kinh, mạch máu/bạch huyết hoặc mô mỡ xung quanh là 71,8%. Nhóm Gleason 9 – 10 (độ mô học 5) chiếm 64%. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa điểm Gleason và xâm lấn thần kinh (p=0,012), xâm lấn mạch máu (p=0,029) và tỷ lệ lõi sinh thiết dương tính (PPC) (p<0,001). **Kết luận:** UTBM tuyến nang là thể mô bệnh học chủ yếu của UTBM. Phân nhóm Gleason 9 – 10 chiếm tỷ lệ cao nhất, phân độ mô học và đặc điểm xâm lấn thần kinh, mạch máu, tỷ lệ lõi sinh thiết dương tính có liên quan đáng kể.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến tiền liệt, mô bệnh học, sinh thiết kim, Gleason, WHO 2016

### SUMMARY

#### HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PROSTATIC ADENOCARCINOMA ON NEEDLE BIOPSY ACCORDING TO WHO 2016 CLASSIFICATION AT BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** To describe the histopathological characteristics of prostatic adenocarcinoma on needle biopsy according to WHO 2016 classification and to evaluate the correlation between Gleason grade and histological features. **Patients and Methods:** A cross-sectional study on 78 patients diagnosed with prostatic adenocarcinoma at the Department of Pathology, Bach Mai Hospital (Feb 2022 – Mar 2023). All samples were H&E stained, classified according to WHO 2016, and graded using the ISUP 2014 Gleason system. **Results:** The mean age of patients was 72.86 ± 7.75 years, with the 70–79 age group accounting for 41%. Conventional acinar adenocarcinoma was the predominant histological subtype (89.7%), while signet-ring cell and foamy gland variants represented 6.5% and 3.8%, respectively. At least one of three types of peritumoral invasion (perineural, vascular/lymphatic, or adipose tissue) was found in 71.8% of cases. Gleason scores 9–10 (Grade Group 5) were most frequent, comprising 64% of the cohort. Significant associations were observed between Gleason grade and perineural invasion (p=0.012), vascular invasion (p=0.029), and positive biopsy core percentage (PPC) (p<0.001). **Conclusions:** Conventional acinar adenocarcinoma is the predominant histological subtype of prostate cancer. High Gleason grade (9–10) accounted for the majority of cases, and showed significant correlations with perineural and vascular invasion as well as PPC, underscoring their prognostic importance in prostatic adenocarcinoma. **Keywords:** Prostate cancer, histopathology, biopsy, Gleason grading, WHO 2016.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Bệnh viện Bắc Thăng Long

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Anh Phương

Email: dr.anhphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 13.01.2026

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là một trong những ung thư phổ biến hàng đầu ở nam giới. Theo GLOBOCAN 2020, toàn cầu ghi nhận khoảng 1,4 triệu ca mắc mới và 375.000 ca tử vong, đứng thứ 3 về tỉ lệ mắc và thứ 5 trong các nguyên nhân tử vong do ung thư ở nam giới.[1] Ở các nước phát triển, nhờ chương trình tầm soát UTTTL sớm, tỉ lệ phát hiện bệnh sớm cao hơn. Tuy nhiên, tại các quốc gia đang phát triển, bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và có độ ác tính cao, gây khó khăn cho điều trị và tiên lượng. Tại Việt Nam, năm 2020 có khoảng 6.248 ca mới và 2.628 ca tử vong do UTTTL, đứng thứ 10 trong các ung thư thường gặp ở nam giới.[1] Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô (UTBM) tuyến tiền liệt dựa trên mô bệnh học tử sinh thiết kim – tiêu chuẩn vàng trong thực hành. Phân loại WHO 2016 cập nhật tiêu chí mô học và hệ thống điểm Gleason của ISUP, giúp đánh giá chính xác hơn tiên lượng và chỉ định điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mô bệnh học của UTBM TTL trên sinh thiết kim theo WHO 2016 và tìm hiểu mối liên quan giữa phân nhóm Gleason với một số đặc điểm mô học.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học xác định UTBM TTL nguyên phát.

Có đầy đủ tiêu bản nhuộm Hematoxylin - Eosin và thông tin lâm sàng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Trường hợp di căn, đa ung thư hoặc đã điều trị trước đó.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

**Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 02/2022 đến tháng 03/2023

**Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Giải phẫu bệnh – Tế bào học, Bệnh viện Bạch Mai

**Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ với cỡ mẫu là 78 bệnh nhân (chọn toàn bộ các mẫu bệnh thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ).

### Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán bệnh.
- Phân nhóm mô bệnh học của UTBM TTL theo WHO2016
- Tân sản nội biểu mô độ cao: Có/Không.
- Chất tiết trong lòng ống: Chất á tinh thể (giống tinh thể, ưa acid và có nhiều hình dạng khác nhau), chất nhầy xanh, chất tiết đặc biệt không định hình (đặc, dạng hạt, không có cấu trúc đặc biệt).

- Xâm lấn: Xâm lấn thần kinh, mạch máu và mạch bạch huyết, mô mỡ xung quanh.

- Điểm Gleason theo hệ thống phân độ Gleason.

- Phân nhóm Gleason: Nhóm độ mô học:

- Nhóm độ 1: điểm Gleason  $\leq 6$ .

- Nhóm độ 2: điểm Gleason  $3+4=7$ .

- Nhóm độ 3: điểm Gleason  $4+3=7$ .

- Nhóm độ 4: điểm Gleason 8.

- Nhóm độ 5: điểm Gleason 9, 10.

- Phần trăm lõi dương tính (PPC) = Số lõi có ung thư/Tổng số lõi sinh thiết x 100%.

Phân nhóm: PPC  $\leq 50\%$  và PPC  $> 50\%$

**Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, thống kê mô tả và kiểm định  $\chi^2$ ;  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 78 bệnh nhân có tuổi trung bình:  $72,86 \pm 7,75$ ; tuổi cao nhất 89; tuổi thấp nhất 57. Trong đó: Nhóm tuổi hay gặp nhất 70-79, chiếm tỉ lệ 41,0 %; Nhóm tuổi dưới 60 chỉ có 2 trường hợp, chiếm 2,6 %; Không có trường hợp nào bệnh nhân dưới 50 tuổi và trên 90 tuổi.

### 3.1. Một số đặc điểm mô bệnh học

**Bảng 1. Tỉ lệ các tip mô bệnh học UTBM TTL**

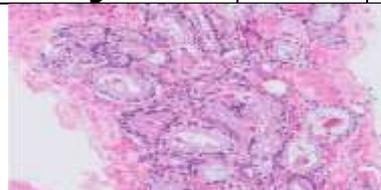
Typ mô bệnh học	n	%
UTBM tuyến nang thông thường	70	89,7
UTBM tuyến nang biến thể tế bào giống nhẵn	5	6,5
UTBM tuyến nang biến thể bọt bào	3	3,8
Tổng	78	100



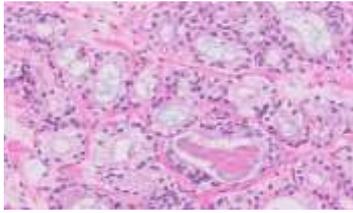
**Biểu đồ 1. Tỉ lệ bệnh nhân có UTBM nội ống**

**Bảng 2. Tỉ lệ chất tiết trong lòng ống của UTTTL**

Chất tiết	n	%	
Không có	36	46,2	
Có	Chất á tinh thể	12	15,4
	Chất nhầy xanh	25	32,0
	Chất tiết đặc	5	6,4
Tổng	78	100	



**Hình 1. Chất á tinh thể (HE x 200)**  
Mã số GPB: AH5953



**Hình 2. Chất nhầy xanh (HE x 400)**

Mã số GPB: AH7753

**Bảng 3. Phân bố điểm Gleason và phân nhóm Gleason**

Điểm Gleason	Nhóm độ	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
6	3+3	6	7,7
	3+4	6	
7	3+4	8	20,6
	4+3	8	
8	4+4	5	7,7
	3+5	0	
	5+3	1	
9	4+5	33	64,0
	5+4	16	
10	5+5	1	
<b>Tổng</b>		78	100

**Bảng 4. Tỉ lệ xâm lấn của UTTL**

Tình trạng xâm lấn	n	%
Không xâm lấn	22	28,2
Xâm lấn	Chỉ xâm lấn mỡ	3 3,8
	Chỉ xâm lấn thần kinh	27 34,6

**Bảng 5. Môi liên quan giữa nhóm độ mô học và tuổi bệnh nhân**

Nhóm tuổi	Nhóm độ Gleason					n (78)	p
	1	2	3	4	5		
<69	n	4	2	2	2	19	0,325
	%	13,8	6,9	6,9	6,9	65,5	
70-79	n	2	6	3	3	18	
	%	6,3	18,8	9,4	9,4	56,3	
≥80	n	0	0	3	1	13	
	%	0	0	17,6	5,9	76,5	

**Nhận xét:** Môi liên hệ giữa điểm Gleason và tuổi không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,325 > 0,05$ )

**Bảng 6. Môi liên quan giữa nhóm độ mô học và tình trạng xâm lấn**

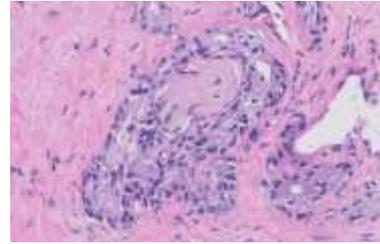
Tình trạng xâm lấn		Điểm Gleason n (%)			Tổng	p
		6 điểm	7 điểm	8-10 điểm		
Xâm lấn mỡ	Có	1 (5,9)	2 (11,8)	14 (82,3)	17 (100)	0,15
	Không	5 (8,2)	14 (23,0)	42 (68,8)	61 (100)	
Xâm lấn mạch máu	Có	0 (0,0)	2 (10,5)	17 (89,5)	19 (100)	0,029
	Không	6 (10,2)	14 (23,7)	39 (66,1)	59 (100)	
Xâm lấn thần kinh	Có	1 (1,9)	8 (15,4)	43 (83,7)	52 (100)	0,012
	Không	5 (19,2)	8 (30,8)	13 (50,0)	26 (100)	

**Nhận xét:**

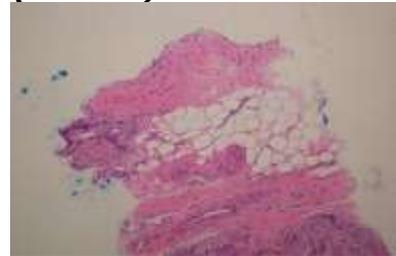
- Môi liên quan giữa nhóm độ mô học với tình trạng xâm lấn thần kinh và mạch máu có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,012 và 0,029 ( $< 0,05$ ).

- Môi liên quan giữa nhóm độ mô học với

Chỉ xâm lấn mạch	0	0,0
Xâm lấn thần kinh và mỡ	5	6,4
Xâm lấn thần kinh và mạch máu	12	15,4
Xâm lấn thần kinh, mạch và mỡ	9	11,6
<b>Tổng</b>	78	100



**Hình 3. Xâm nhập quanh thần kinh (HE x 400)** Mã số GPB: AG8386



**Hình 4. Xâm nhập mỡ quanh TTL (HE x 200)** Mã số GPB: AH3612

**3.2. Môi liên quan giữa nhóm độ mô học và một số đặc điểm khác**

tình trạng xâm lấn mỡ không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,15 > 0,05$ .

**Bảng 7. Môi liên quan giữa nhóm độ mô học và PPC**

PPC	Điểm Gleason n (%)			Tổng	p
	6 điểm	7 điểm	8-10 điểm		

≤50%	6(26,1)	9(39,1)	8(34,8)	23(100)	<
>50%	0(0,0)	7(12,8)	48(87,2)	55(100)	0,001

**Nhận xét:** Mỗi liên quan giữa nhóm độ mô học và PPC có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $72,86 \pm 7,75$ , nhóm 70–79 chiếm tỉ lệ cao nhất (41%). Phân bố này phù hợp với xu hướng toàn cầu: gánh nặng UTTTL tăng rõ ở nhóm tuổi cao và tuổi chẩn đoán có xu hướng tăng ở các quốc gia thu nhập trung bình.[1,2]

**4.1. Đặc điểm mô bệnh học.** Về đặc điểm mô bệnh học, UTBM tuyến nang thông thường chiếm (89,7%), trong khi các biến thể hiếm như tế bào giống nhẵn và bọt bào lần lượt chiếm 6,5% và 3,8%. Các biến thể mô học hiếm này được mô tả trong hệ thống ISUP 2014/WHO 2016 thường có tiên lượng xấu hơn, đặc biệt là thể tế bào giống nhẵn, vốn được xem là dấu hiệu của u biệt hóa kém.[3] Các biến thể này có xu hướng xâm nhập mạnh và tiên lượng xấu hơn, nên thường xuất hiện trong bối cảnh bệnh tiến triển.

Trong nghiên cứu này, có 19/51 trường hợp (37,2%) ghi nhận UTBM nội ống đi kèm. UTBM nội ống được phân biệt với tân sản nội biểu mô TTL độ cao dạng cribriform trong sinh thiết TTL. Cả hai đều đại diện cho sự xuất hiện của các tế bào không điển hình về mặt tế bào học trong các ống TTL và tuyến nang. Sự ác tính và bất thường về mặt tế bào học trong UTBM nội ống rõ ràng hơn tân sản nội biểu mô TTL độ cao. UTBM nội ống thường liên quan với các khối u có điểm Gleason cao ( $\geq 8$ ), và được coi là một yếu tố tiên lượng xấu độc lập.[3] Trong nghiên cứu này, UTBM nội ống xuất hiện với tần suất tương đối cao, nhất quán với đặc điểm quần thể già, bệnh thường được phát hiện muộn và độ mô học cao.

Trong 78 trường hợp nghiên cứu, nhóm độ 5 chiếm tỉ lệ cao nhất (64,0%), trong khi nhóm độ mô học 1 và nhóm độ 4 cùng chiếm tỉ lệ thấp nhất (7,7%). Phân bố này cho thấy u biệt hóa cao có tỉ lệ thấp, trong khi u biệt hóa kém chiếm ưu thế, cho thấy phần lớn bệnh nhân đến viện khi bệnh ở giai đoạn tiến triển. Lei Zhang và cộng sự (2022), tỉ lệ nhóm độ cao (4 và 5) ở nhóm người Trung Quốc (25,7%) cao hơn so với nhóm người Mỹ (17,1%), trong khi nhóm độ 2 phổ biến hơn ở nhóm người Mỹ so với người Trung Quốc (51,68% so với 32,52%,  $p < 0,01$ ).[4] Kết quả này phản ánh sự khác biệt về mô hình chẩn đoán và sàng lọc giữa các hệ

thống y tế khác nhau. Ở các nước có tầm soát UTTTL phổ biến hơn, tỉ lệ phát hiện UTTTL có độ mô học thấp sẽ cao hơn. Bên cạnh đó, quần thể nghiên cứu là các bệnh nhân tại bệnh viện tuyến cuối nên có xu hướng tập trung ca khó và nặng được chuyển tuyến, làm tăng tỉ lệ bệnh nhân có Gleason cao. Điều này ủng hộ tầm quan trọng của việc tầm soát ung thư để phát hiện sớm, tăng tỉ lệ phát hiện u độ thấp, có khả năng điều trị triệt căn cao hơn.

Tỉ lệ có xâm lấn ít nhất 1 thành phần thần kinh, mạch máu hoặc mỡ quanh tuyến là 71,8%, trong đó, xâm lấn thần kinh chiếm tỉ lệ cao nhất (68%), xâm lấn mỡ quanh tuyến thấp nhất (18,8%). Xâm lấn quanh thần kinh là đặc trưng mô học quan trọng của UTTTL, thể hiện khả năng lan rộng tại chỗ, với tỉ lệ dao động khoảng 30-80% tùy quần thể và tiêu chí đánh giá.[5] Về mặt lâm sàng, xâm lấn thần kinh thường liên quan đến các chỉ số bất lợi (như PSA cao, khối lượng u lớn) và kết quả đáp ứng điều trị kém đối với các bệnh nhân UTTTL.[5] Xâm lấn mạch máu/bạch mạch là con đường chính dẫn đến di căn hạch và xương. Trong khi đó, xâm lấn mỡ quanh tuyến phản ánh mức độ xâm lấn ra ngoài vỏ tuyến, tuy nhiên, yếu tố này phụ thuộc đáng kể vào vị trí và độ sâu mẫu sinh thiết. Nếu lõi sinh thiết không tới vùng ngoại vi sát vỏ tuyến, hiện tượng xâm lấn mỡ có thể bị đánh giá thấp hơn thực tế.

**4.2. Mỗi liên quan giữa nhóm độ mô học và một số đặc điểm khác.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân bố nhóm độ Gleason ở ba nhóm tuổi (<69; 70–79;  $\geq 80$ ) cho thấy nhóm độ 5 (Gleason 9 – 10) chiếm tỉ lệ cao nhất trong mọi nhóm tuổi. Kết quả kiểm định Chi-bình phương ( $\chi^2$ ) cho thấy mỗi liên hệ giữa độ Gleason và tuổi không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,325$ ). Tuy nhiên, trên thế giới có nhiều nghiên cứu đã ghi nhận mỗi liên quan giữa tuổi cao và điểm Gleason tăng.[6,7] Muralidhar và cộng sự, phân tích gần 400.000 bệnh nhân đã ghi nhận tỉ lệ Gleason 8 – 10 tăng từ 8,9% ở nhóm 50 – 54 tuổi lên 28,5% ở nhóm 80 – 84 tuổi.[6] Nghiên cứu của Huynh-Le và cộng sự cũng cho thấy nguy cơ UTTTL nguy cơ cao ở nhóm 75 – 79 tuổi cao gấp khoảng 6 lần so với nhóm 55 – 59 tuổi.[7] Sự khác biệt này có thể do khác biệt về hệ thống y tế, cỡ mẫu. Dù mỗi liên quan trong nghiên cứu của chúng tôi không đạt ý nghĩa thống kê, xu hướng điểm Gleason cao ở người cao tuổi vẫn gợi ý rằng việc sàng lọc UTTTL sớm có ý nghĩa lớn trong chẩn đoán và điều trị.

Theo kết quả trong bảng 6, có mỗi liên quan

có ý nghĩa thống kê giữa độ Gleason và xâm lấn thần kinh ( $p=0,012$ ), xâm lấn mạch máu ( $p=0,029$ ), trong khi xâm lấn mỡ không có ý nghĩa ( $p=0,15$ ). Điều này chứng tỏ rằng u biệt hóa kém (Gleason 8–10) có xu hướng xâm nhập thần kinh và mạch máu mạnh hơn, phản ánh bản chất tiến triển và khả năng di căn sớm của khối u. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới, sự hiện diện của xâm lấn thần kinh và mạch máu tỉ lệ thuận với nhóm có Gleason cao, phản ánh mức độ ác tính và khả năng lan rộng tại chỗ của u.[3,5,8,9] Về mặt cơ chế, các tế bào biệt hóa kém trong nhóm Gleason cao thường mất liên kết E-cadherin, tăng biểu hiện N-cadherin, tạo điều kiện cho xâm nhập mô và lan dọc đường thần kinh – mạch máu. Những thay đổi này giải thích vì sao các khối u có mẫu cấu trúc 4 – 5 thường đi kèm mức độ xâm lấn cao hơn so với mẫu cấu trúc thấp. Tuy nhiên, xâm lấn mỡ quanh tuyến phụ thuộc nhiều vào vị trí lấy mẫu, nếu sinh thiết không chạm tới vùng sát bao tuyến, hiện tượng xâm lấn mỡ có thể bị đánh giá thấp hơn so với thực tế, nên mối liên quan với Gleason dễ bị ảnh hưởng về mặt thống kê. Mối liên quan chặt chẽ giữa độ mô học Gleason cao và xâm lấn thần kinh, mạch máu trong nghiên cứu khẳng định các đặc điểm xâm lấn mô học là dấu hiệu quan trọng của u tiến triển. Việc ghi nhận các đặc điểm xâm lấn bên cạnh điểm Gleason, sẽ giúp phân tầng nguy cơ và lựa chọn chiến lược điều trị tích cực hơn cho nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.

Trong bảng 7, tỉ lệ lỗi sinh thiết dương tính (PPC) có mối liên quan chặt chẽ với nhóm độ Gleason ( $p<0,001$ ). Khi PPC > 50%, nhóm Gleason 8–10 chiếm 87,2%, trong khi khi PPC ≤ 50%, nhóm này chỉ chiếm 34,8%. Điều này cho thấy càng nhiều lỗi sinh thiết dương tính, mức độ ác tính càng cao. Alberto A Antunes và cộng sự ghi nhận rằng PPC cao liên quan đến giai đoạn bệnh muộn và tỉ lệ tái phát cao hơn.[10] Điều này có thể được giải thích rằng khi PPC cao, nhiều lỗi sinh thiết ở nhiều vùng khác nhau trong tuyến đã bị u chiếm, phản ánh tổn thương lan rộng và thể tích u lớn. Kết quả này củng cố vai trò của phần nhóm Gleason theo WHO 2016 (ISUP 2014) như một tiêu chuẩn khách quan, có thể kết hợp với các chỉ số bán định lượng như PPC để phân tầng nguy cơ lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

UTBM TTL trong nghiên cứu chủ yếu gặp ở người cao tuổi, với tuổi trung bình  $72,86 \pm 7,75$ ; nhóm tuổi 70–79 chiếm tỉ lệ cao nhất (41,0%).

Về mô bệnh học, UTBM tuyến nang thông thường là thể phổ biến nhất (89,7%), trong khi các biến thể bọt bào và tế bào giống nhẵn chiếm tỉ lệ thấp. Các đặc điểm xâm lấn mô học được ghi nhận với tỉ lệ cao (71,8%), đặc biệt là xâm lấn quanh thần kinh (68%).

Phân tích thống kê cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa nhóm độ Gleason và tình trạng xâm lấn thần kinh ( $p=0,012$ ), xâm lấn mạch máu ( $p=0,029$ ), và tỉ lệ lỗi sinh thiết dương tính PPC ( $p<0,001$ ), trong khi xâm lấn mỡ quanh tuyến không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,15$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660
- Zahed H, Feng X, Sheikh M, et al.** Age at diagnosis for lung, colon, breast and prostate cancers: An international comparative study. *Int J Cancer.* 2024;154(1):28-40. doi:10.1002/ijc.34671
- Epstein JI, Egevad L, Amin MB, et al.** The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. *The American Journal of Surgical Pathology.* 2016; 40(2): 244. doi:10.1097/PAS.0000000000000530
- Zhang L, Liu X, Xia R, et al.** Comparison of the clinicopathologic features of prostate cancer in US and Chinese populations. *Pathol Res Pract.* 2022;234:153933. doi:10.1016/j.prp.2022.153933
- Niu Y, Förster S, Muders M.** The Role of Perineural Invasion in Prostate Cancer and Its Prognostic Significance. *Cancers (Basel).* 2022;14(17):4065. doi:10.3390/cancers14174065
- Muralidhar V, Ziehr DR, Mahal BA, et al.** Association Between Older Age and Increasing Gleason Score. *Clin Genitourin Cancer.* 2015;13(6): 525-530.e1-3. doi:10.1016/j.clgc.2015.05.007
- Huynh-Le MP, Myklebust TÅ, Feng CH, et al.** Age dependence of modern clinical risk groups for localized prostate cancer – a population-based study. *Cancer.* 2020;126(8):1691-1699. doi:10.1002/cncr.32702
- Harnden P, Shelley MD, Clements H, et al.** The prognostic significance of perineural invasion in prostatic cancer biopsies: a systematic review. *Cancer.* 2007; 109(1):13-24. doi:10.1002/cncr.22388
- Huang C, Wang Y, Li X, et al.** Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet.* 2020;395(10223): 497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5
- Antunes AA, Srougi M, Dall'Oglio MF, Crippa A, Campagnari JC, Leite KRM.** The percentage of positive biopsy cores as a predictor of disease recurrence in patients with prostate cancer treated with radical prostatectomy. *BJU Int.* 2005;96(9): 1258-1263. doi:10.1111/j.1464-410X.2005.05823.x

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG, KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI LOÉT TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Đặng Xuân Dũng<sup>1</sup>, Phan Văn Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm tổn thương UTDD phối hợp với loét tá tràng 2. Kết quả phẫu thuật, kết quả xử trí môm tá tràng, tạo hình môm tá tràng. Kết quả: 49 UTDD phối hợp loét TT; Nam 81,2%, Nữ 18,8%; Tuổi TB 63,74 ± 9,92 T. Tiền sử loét DD-TT 77,6%, thủng cũ HTT 8,2%; Nổi vị tràng 6,1%. Đau thượng vị 97,9%; Nôn 40,6%; Xuất huyết tiêu hóa (XHHT) 59,2%; Hẹp môn vị (HMOV) 36,7%; Gầy sút 71,4%; Sờ thấy u 26,5%. NSDD: UTDD 1/3 Dưới 85,7%; UTDD 1/3 Giữa 14,3%. Tổn thương trong mô UTDD 1/3 dưới 85,7%, UTDD 1/3 Giữa 14,3%. Kích thước (KT) khối UTDD < 5 cm 51,0%; KT ≥ 5 cm 49,0%. KT loét tá tràng (TT) 1-2 cm 87,8%; KT > 2-3 cm 12,2%. Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; Kissing ulcer 16,3%; Cắt GTBDD, vét hạch D2, lấy ổ loét TT 93,9%. Cắt GTBDD palliative, lấy ổ loét TT 6,1%. Dẫn lưu môm TT 30,6%. Tạo hình môm TT 38,8%. Không có TV. Biến chứng 6,1% (điều trị nội). **Kết luận:** Tỷ lệ UTDD 1/3 Giữa 14,3%; UTDD 1/3 dưới 85,7%. KT khối UTDD < 5 cm 51,0%; KT ≥ 5 cm 49,0%. KT ổ loét TT từ 1-2 cm 87,8%; > 2-3 cm 12,2%. Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; Kissing ulcer 16,3%. Cắt GTBDD, vét hạch D2 lấy ổ loét TT 93,9%. Cắt DD palliative, lấy ổ loét TT 6,1%. Dẫn lưu môm TT 30,6%. Tạo hình môm TT 38,8%. Không có TV. Biến chứng 6,1%. GPB: GĐI 18,4%; GĐII 38,8%; GĐIII 36,7%; GĐ IV 61%; AC.BHV 40,8%; AC KBH 38,8%; TB nhân 20,4%.

### SUMMARY

#### THE SURGICAL RESULTS OF GASTRIC CANCER COEXISTENCE WITH DUODENAL ULCER

**Aime of study:** 1. Evaluate the lesions of gastric cancer associated with duodenal ulcer. 2. The surgical results of gastric coexistence with duodenal ulcer. **Results:** There were 49 patients, male 81,2%, female 18,8%, mean age 63,74 ± 9,92 year. Medical history: gastroduodenal ulcer in 7,6%; Perforation of duodenum in 8,2%; Gastroenterotomy in 6,1%. Epigastric pain in 97,9%; Hematemesis and melena in 59,2%; Gastric outlet obstruction in 36,7%; Weight loss in 71,4%; Abdominal palpable tumor in 26,5%. Gastroduodenoscopy revealed distal gastrictumor in 100%. Gastric tumor located in lower third of stomach in 85,7%; Middle third in 14,3%. Tumor diameter < 5 cm in 51,0%; ≥ 5 cm in 49,0%. Duodenal ulcer

diameter 1-2 cm in 87,8%; Ulcer > 2-3 cm in 12,2%. Anterior duodenal ulcer in 69,4%; Posterior duodenal ulcer in 14,3%; Kissing ulcer 16,3%. Surgical procedure: Subtotal gastrectomy, D2 lympho node dissection and duodenal ulcer removal in 93,9%; Subtotal gastrectomy (palliative) and duodenal ulcer removal in 6,1%. Duodenostomy 30,6%. Round ligament patch to duodenal stump 38,8%. No death per and post operation. Complication in 6,1% (medical treatment). **Conclusion:** Gastrictumor location: Lower gastric cancer with duodenal ulcer was 85,7%; Middle gastric cancer with duodenal ulcer 14,3%; No proximal gastric cancer associated with duodenal ulcer. Duodenal ulcer: Anterior duodenal ulcer in 69,4%; posterior ulcer in 14,3%; kissing ulcer in 16,3%. Duodenal ulcer diameter: 1-2 cm in 87,8%; > 2-3 cm in 12,2%. Surgical procedure: Subtotal gastrectomy, D2 lympho node dissection and duodenal ulcer removal in 93,9%; Subtotal gastrectomy (palliative) and duodenal ulcer removal in 6,1%. Duodenostomy in 30,6%. Round ligament patch to duodenal stump in 38,8%. No death per and post operation. Complication in 6,1%

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) có tỷ lệ mắc cao với khoảng gần 1 triệu ca mắc mới/năm, đứng thứ 4 trong nguyên nhân TV liên quan tới ung thư. Năm 2022 theo hiệp hội ung thư Mỹ ở Mỹ có 26.380 ca mắc mới và 11.090 ca TV do UTDD.

Năm 2020 toàn TG có 1,089,103 ca mắc UTDD và 768,793 ca TV do UTDD. Mặc dù tỷ lệ mắc giảm nhưng tiên lượng bệnh rất xấu, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp.

Phẫu thuật cắt dạ dày (DD), vét hạch D2 là phương pháp điều trị triệt căn UTDD đã được ứng dụng từ lâu tuy nhiên đối với UTDD phối hợp với loét tá tràng (TT) ổ loét tá tràng có thể gây biến dạng tá tràng, xâm lấn thủng vào đầu tụy, DI-DII tá tràng, đường mật chính, cuống gan bởi vậy xử trí tổn thương gặp nhiều khó khăn, nguy cơ rò môm tá tràng, rò mật cao.

Mặt khác UTDD phối hợp với loét tá tràng (TT) chủ yếu là UTDD phần xa. Khối UTDD hang môn vị có thể xâm lấn đầu tụy, tá tràng đường mật, cuống gan bởi vậy cắt DD triệt căn gặp nhiều khó khăn.

Những năm gần đây tại BV K, số BN được phẫu thuật loét TT phối hợp với UTDD có xu hướng tăng lên. Đặc điểm UTDD và vị trí, kích thước, tính chất ổ loét tá tràng chưa được NC nhiều. Bởi vậy chúng tôi NC đề tài này nhằm 2 mục tiêu

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026