

- China: A Meta-analysis of Comparative Studies and Epidemiological Surveys. *Front Psychiatry*, 2019
5. **Lillehei A, Halcon L, Gross C, Savik K, Reis R.** Well-being and self-assessment of change: secondary analysis of an RCT that demonstrated benefit of inhaled lavender and sleep hygiene in college students with sleep problems. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*. 2016;12(6):427-435.
 6. **Li J, Zhou K, Li X, et al.** Mediator effect of sleep hygiene practices on relationships between sleep quality and other sleep-related factors in Chinese Mainland university students. *Behav Sleep Med*. 2014;14(1):85-99. <https://doi.org/10.1080/15402002.2014.954116>
 7. **M Alshahrani,** Y Al Turki Sleep hygiene awareness: Its relation to sleep quality among medical students in King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. 2019 -cbi.nlm.nih.gov
 8. **N. Yahia, C. Brown, S. Potter, et al.** Night eating syndrome and its association with weight status, physical activity, eating habits, smoking status, and sleep patterns among college students. *Eating and Weight Disorders Bulimia Obesity*, 22 (3) (2017), pp. 421-433.
 9. **US Department of Health & Human Services.** Causes of High Blood Pressure. Updated: September 10, 2015. Available from <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/causes>
 10. **Vargas I, Lopez-Duran N.** Dissecting the impact of sleep and stress on the cortisol awakening response in young adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;40:10-16.

NGHIÊN CỨU PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC VÀ MỘT SỐ DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH CỦA U THẦN KINH ĐỆM LAN TỎA CỦA NÃO THEO PHÂN LOẠI CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI NĂM 2007

Nguyễn Sỹ Lánh*, Nguyễn Phúc Cường*, Nguyễn Thúy Hương**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học u thần kinh đệm lan tỏa của não theo WHO 2007 và tìm mối liên quan giữa sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch với típ mô bệnh học và độ mô học. **Vật liệu nghiên cứu:** Bệnh phẩm, tiêu bản khối nền từ các trường hợp mô u não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. Chẩn đoán, phân loại và phân độ u não dựa theo phân loại của tổ chức y tế thế giới 2007. Phân tích đặc điểm phân bố về giới, tuổi. Hình ảnh mô bệnh học, độ ác tính của u não đánh giá theo thang độ ác tính. Khảo sát một số yếu tố hóa mô miễn dịch trong u não và mối liên quan đến độ ác tính như: IDH1, Ki67 và P53. **Kết quả:** Có 216 bệnh nhân từ 20-79 tuổi, nhóm 30 - 40 tuổi chiếm 25,5%, nam/nữ =1,16/1. Ba nhóm UTKĐLT của não thường gặp là: UNBTKĐ (38%), USB giảm biệt hóa (14,3%) và UTBTĐ ít nhánh giảm biệt hóa (13,4%). Gặp nhiều nhất là độ 4 chiếm 38%. U thần kinh đệm lan tỏa độ 3 chiếm 35,6%, xếp thứ hai. U TKĐ lan tỏa độ 2 chiếm tỷ lệ ít nhất là 26,4%. Tỷ lệ bộc lộ Ki67 với u sao bào lan tỏa độ 2 là: 3,8±1,57, độ 3 là: 14,6±6,01 và độ 4 là: 32,4±12,90. Tỷ lệ bộc lộ IDH1 với u TKĐ độ 2 là cao nhất chiếm 89,5%. Tỷ lệ bộc lộ IDH1 với u TKĐ độ 4 là thấp nhất chiếm 31,7%. Tình trạng bộc lộ dấu ấn P53 của U nguyên bào thần kinh đệm là cao nhất 81,7%. Tình trạng bộc lộ dấu ấn

P53 của u TKĐ lan tỏa độ 2 là thấp nhất chiếm 54,4%. **Kết luận:** UTKĐLT gặp ở cả 2 giới, tỷ lệ nam/nữ =1.16/1, độ tuổi gặp nhiều nhất 30-40. Ba nhóm u não chính thường gặp là: UNBTKĐ, USB giảm biệt hóa và UTBTĐ ít nhánh giảm biệt hóa. Độ mô học chiếm tỷ lệ cao nhất là độ 4 với 38%. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn IDH1 gặp nhiều nhất ở độ 2 với 89,5%. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn P53 gặp nhiều nhất ở độ 4 với 81,7%. Tỷ lệ bộc lộ Ki67 với u sao bào lan tỏa độ 2 là: 3,8±1,57, độ 3 là: 14,6±6,01 và độ 4 là: 32,4±12,90

Từ khóa: u thần kinh đệm lan tỏa, u nguyên bào thần kinh đệm, u sao bào, u tế bào thần kinh đệm ít nhánh và nhuộm hóa mô miễn dịch.

SUMMARY

RESEARCH ON ANAPATHOLOGICAL CLASSIFICATION AND SOME IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS OF THE DIFFUSE GLIOMAS OF THE BRAIN BASED ON THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) IN 2007

Objection: Determine the rate of the anapathological types of the diffuse cerebral gliomas based on the WHO in 2007, and analyze the correlation of immunohistochemical markers with the anapathological types and grades. **Research material:** Specimens, slides, and paraffin blocks from patient cases, which have been surgically removed from brain tumors, at the Viet Duc Hospital, from 1/2015 to 1/2020. **Study method:** Description of the cross-section. Analysis of disease distribution characteristics of research variables such as gender, age. Diagnosed, classified, and evaluated the malignancy of diffuse gliomas based on the classification system of the World Health Organization in 2007. Analysis of distribution characteristics of diseases of gender, age. Histopathological feature, the grading of brain tumors assessed on the scale of

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sỹ Lánh

Email: nguyensylanhbvvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

malignancy. Investigation of some immunohistochemical markers in brain tumors and their relationship to histopathological grade such as: IDH1, Ki67 and P53. **Results:** There are 216 patients, aged from 20 to 79, the age group 30-40 years, accounting for 25.5% male/female=1.16. These diffuse gliomas were mainly composed of the following three major groups: Glioblastomas was 38%, AnaplasticAstrocytoma was 14.3 %, and Anaplastic Oligodendrocytoma was 13.4 %. The most common histopathological grade was grade 4 with 38%, following this was grade 3 with 35.6%, and the least common was grade 2 with 26.4%. The positive rate for IDH1 marker of grade 2 glioma was the highest, accounting for 89.5%. The positive rate for IDH1 marker of grade 4 glioma was the lowest, accounting for 31.7%. The positive rate for the P53 marker of glioblastoma was the highest at 81.7%. The positive rate for P53 marker of grade 2 glioma was the lowest, accounting for 54.4%. **Conclusion:** Diffuse gliomas occur in both sexes, male/female=1.16/1, the most duration of the age was 30-40. The three most common histopathological types of diffuse gliomas were: Glioblastoma, Anaplastic Astrocytoma, and Anaplastic Oligodendrocytoma. The most common histopathological grade was grade 4. The highest positive rate for IDH1 marker was grade 2. The highest positive rate for P53 was grade 4 with 81.7%. The positive rate of Ki67 with grade 2 was 3.8 ± 1.57 , grade 3 was 14.6 ± 6.01 and grade 4 was 32.4 ± 12.90 .

Keyword: Diffuse gliomas, Glioblastomas, Astrocytomas, Oligodendrogliomas and immunohistochemical stain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U não là thuật ngữ có tính quy ước để chỉ các u trong sọ, thuộc hệ thống thần kinh trung ương. Theo cơ quan ghi nhận ung thư quốc tế (IARC), hàng năm, tỷ lệ mắc u não từ 3 - 5/100.000 dân và con số này ngày càng tăng. Tần suất mắc bệnh chủ yếu gặp ở 2 nhóm tuổi từ 3 - 12 và 40 - 70 tuổi. [1]. Ở Việt Nam, theo thống kê năm 2000, tỷ lệ mắc u não chiếm 1,3/100.000 dân và ghi nhận số liệu của Globocan Việt Nam thì u não chiếm vị trí số 15.[2].

Hiện nay với sự phát triển nhanh của khoa học, có nhiều phương pháp điều trị khác nhau được phát triển nhằm mục đích kéo dài thời gian sống với những u thần kinh đệm lan tỏa như: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, liệu pháp điều trị đích, liệu pháp vaccine, liệu pháp tế bào gốc... Để áp dụng hiệu quả các phương pháp đó, chúng ta phải đưa ra được chẩn đoán, phân loại của từng loại u, định tính chính xác theo phân loại mới của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTCG), có đáp ứng tốt với các phương pháp điều trị không như: có đột biến gen IDH1; có biểu hiện gen p53 quá mức trên hóa mô miễn dịch. Do đó rất cần xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học u thần kinh đệm lan tỏa của não theo WHO 2007 và tìm mối liên quan

giữa sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch với độ mô bệnh học của khối u.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Các trường hợp bệnh nhân u thần kinh đệm lan tỏa đã được phẫu thuật cắt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân đã được phẫu thuật u não, kết quả xét nghiệm mô bệnh học sau mổ là u thần kinh đệm lan tỏa, có ghi đủ thông tin lâm sàng, có tiêu bản lưu trữ, đảm bảo chất lượng chẩn đoán và có khối nắn đủ lượng mẫu đảm bảo nhuộm hóa mô miễn dịch.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân được phẫu thuật nhưng không đủ số lượng mẫu bệnh phẩm để làm xét nghiệm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch hoặc nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD) mà không thể hiện tính kháng nguyên (dựa vào nhuộm chứng âm, chứng dương).

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:**

Chọn mẫu tiện ích, cỡ mẫu là 216.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Thu thập các trường hợp phẫu thuật u não từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2020, các thông tin về tuổi và giới.

+ Bệnh phẩm được cắt nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE) theo quy trình thường quy. Chẩn đoán được thực hiện tại khoa Giải Phẫu Bệnh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức dưới kính hiển vi quang học.

+ Nhuộm HMMD áp với các dấu ấn miễn dịch: Ki67, IDH1 và P53. Quy trình kỹ thuật HMMD: Mẫu sinh thiết cắt dày 3-4 μ m, được nhuộm HMMD bằng máy BENCHMARK-XT/VETANA với các kháng thể đặc hiệu.

+ Phương pháp phân loại u não: Áp dụng phân loại u hệ thần kinh trung ương của tổ chức Y tế thế giới 2007. Áp dụng phân độ mô học của u thần kinh đệm lan tỏa của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2007 gồm 4 độ: Độ I và II là độ thấp và Độ III, IV là độ cao.

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm về tuổi và giới

Giới: Nam: 116 (53,7%); Nữ: 100(46,3%); Nam/Nữ=1,16

Tuổi: Tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 79 tuổi

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 20	1	0,5

21- 30	23	10,6
31 – 40	55	25,5
41 – 50	50	23,1
51 – 60	41	19,0

60	46	21,3
Trung bình	47,42±13,53	
Tổng	216	100,0

- Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 30 - 40 tuổi.

2. Đặc điểm về phân bố típ mô bệnh học

Bảng 2: Phân bố típ mô bệnh học theo Phân loại của WHO năm 2007

Típ vi thể	Số lượng	Tỷ lệ %
U thần kinh đệm lan tỏa loại hỗn hợp tế bào thần kinh đệm ít nhánh và sao bào (Oligoastrocytoma)	19	8,8
U tế bào thần kinh đệm ít nhánh (Oliodendroglioma)	20	9,3
U sao bào lan tỏa (astrocytoma)	18	8,3
U thần kinh đệm loại hỗn hợp giảm biệt hóa (Anaplastic Oligoastrocytoma)	17	7,9
U tế bào thần kinh đệm ít nhánh giảm biệt hóa (Anaplastic Oligodroglioma)	29	13,4
U sao bào giảm biệt hóa (Anaplastic astrocytoma)	31	14,3
U nguyên bào thần kinh đệm (Glioblastoma)	82	38,0
Tổng số	216	100,0

- Típ u nguyên bào thần kinh đệm gặp nhiều nhất chiếm 38%. Típ u sao bào giảm biệt hóa chiếm thứ hai với 14,3%.

3. Đặc điểm phân bố về độ mô học của các u thần kinh đệm lan tỏa

Bảng 3: Phân bố theo độ mô học của u thần kinh đệm lan tỏa của não

Độ mô học	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ 2	57	26,4
Độ 3	77	35,6
Độ 4	82	38,0
Tổng số	216	100,0

- U nguyên bào thần kinh đệm hay u thần kinh đệm lan tỏa độ 4 chiếm nhiều nhất là 38%.

- U thần kinh đệm lan tỏa độ 3 chiếm 35,6%, xếp thứ hai.

Bảng 5: Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn IDH1 theo độ mô học

Độ mô học	IDH1		OR(95% CI)	P
	Dương tính	Âm tính		
Độ 2 (%)	51 (89,5)	6(10,5)	9,520(3,865 – 23,448)	<0,001
Độ 3 (%)	49 (63,6)	28(36,4)	1,409(0,795– 2,497)	0,239
Độ 4 (%)	26 (31,7)	56 (68,3)	0,158(0,086-0,289)	<0,001

- Tỷ lệ bộc lộ IDH1 với u TKĐ độ 2 là cao nhất chiếm 89,5% và với u TKĐ độ 4 là thấp nhất chiếm 31,7%.

4.3 Đặc điểm bộc lộ dấu ấn P53

-Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn P53 chiếm 72,2%.

Bảng 6: Tình trạng biểu hiện P53 theo độ mô học

Độ mô học	P53		OR(95%CI)	p
	Dương tính	Âm tính		
Độ 2 (%)	31 (54,4)	26 (45,6)	0,324 (0,170-0,618)	<0,001
Độ 3 (%)	58 (75,3)	19 (24,7)	1,277 (0,678-2,406)	0,449
Độ 4 (%)	67 (81,7)	15 (18,3)	2,479 (1,231-4,992)	0,01

- Tình trạng bộc lộ dấu ấn P53 của U nguyên bào thần kinh đệm là cao nhất 81,7 % và của u TKĐ lan tỏa độ 2 là thấp nhất chiếm 54,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm về tuổi và giới. Nhóm tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu từ 30 đến 40

- U thần kinh đệm lan tỏa độ 2 chiếm tỷ lệ ít nhất là 26,4%.

4. Đặc điểm bộc lộ dấu ấn hóa mô miễn dịch

4.1 Đặc điểm bộc lộ dấu ấn Ki67

Bảng 4: Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn Ki67 theo độ mô học của u TKĐ lan tỏa (n=216)

Độ mô học	Tỷ lệ ki67 (%)
2	3,8±1,57
3	14,6±6,01
4	32,4±12,90
Chung	18,5±14,58

Tỷ lệ bộc lộ Ki67 với u sao bào lan tỏa độ 2 là: 3,8±1,57, độ 3 là: 14,6±6,01 và độ 4 là: 32,4±12,90.

4.2 Đặc điểm bộc lộ dấu ấn IDH1

- Tỷ lệ dương tính với dấu ấn IDH1 là 58,3%.

- Tỷ lệ âm tính với dấu ấn IDH1 là 41,7%.

tuổi. Độ tuổi trung bình là 47,42±13,53 tuổi, điều này cho thấy mức độ tập trung về tuổi của u thần kinh đệm lan tỏa ở bán cầu não là từ 34

đến 60 tuổi. Về phân bố theo nhóm tuổi thì gặp nhiều ở độ tuổi từ 30 đến 60 tuổi, cũng tương đồng với các tác giả khác như Nguyễn Phúc Cương và Trần Minh Thông, không có sự thay đổi về phân bố các nhóm tuổi từ những năm 2000 đến nay[2,3]. Về sự phân bố theo giới tính, số lượng nam giới mắc cao hơn nữ giới với tỷ lệ nam chiếm 53,7%, nữ chiếm 46,3%, tỷ lệ nam/nữ là 1,16. Về tỷ lệ giới tính thì kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu khác ở trong nước trong những năm gần đây như: Tác giả Phạm Tuấn Dũng thấy nam giới là 54% và nữ 46%[5].

4.2 Đặc điểm về phân bốтип mô bệnh học. Nghiên cứu của chúng tôi thấy gặp tất cả cácтип vi thể mô bệnh học của u thần kinh đệm lan tỏa theo phân loại của WHO năm 2007. Тип u nguyên bào thần kinh đệm (UNBTKĐ) là chiếm tỷ lệ cao nhất là 38%, sau đó là nhóm u sao bào giảm biệt hóa chiếm thứ hai là 35,6%. Nhóm u thần kinh đệm lan tỏa độ 2 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 26,4%. So với các Tác giả khác của Châu Âu, Nhật bản, Mỹ và Trung Quốc thì tỷ lệ của chúng tôi là khá tương đồng về tỷ lệ của u nguyên bào thần kinh. Các dướiтип khác của UTKĐ thì tùy từng nghiên cứu và bảng phân loại mà nghiên cứu đó áp dụng, UTKĐ loại hỗn hợp thường là cao hơn hẳn so với loại u sao bào đơn thuần hoặc u tế bào thần kinh đệm ít nhánh thuần túy[2,3,5,8,9]

4.3 Đặc điểm phân bố về độ mô học của các u thần kinh đệm lan tỏa. Kết quả nghiên cứu cho thấy UNBTKĐ hay u thần kinh đệm lan tỏa độ 4 chiếm nhiều nhất là 38%. UTKĐ lan tỏa độ 2 chiếm tỷ lệ ít nhất là 26,4%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Khalid và cs, Wakimoto và cs.[6,7] So sánh với kết quả của các nghiên cứu trên khắp thế giới trong vòng 30 năm qua thấy tỷ lệ của u nguyên bào thần kinh đệm đều có tỷ lệ lớn nhất, sau đó đến u thần kinh đệm giảm biệt hóa và cuối cùng là nhóm u sao bào lan tỏa độ 2. Điều này cũng cho thấy là u thần kinh đệm lan tỏa của não thường phát hiện ở giai đoạn khá muộn, khi đã chuyển sang độ 3, 4.

4.4 Đặc điểm biểu hiện của các dấu ấn hóa mô miễn dịch

4.4.1 Đặc điểm bộc lộ dấu ấn Ki67 của UTKĐ lan tỏa theo độ mô học. Từ những khoảng giá trị trong kết của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một khoảng rất rõ về độ phân bố giữa các nhóm u thần kinh đệm lan tỏa độ 2, độ 3 và độ 4. Tác giả Wakimoto và cs cho kết quả lần lượt là: 3,8 %, 18,4% và 31,6%. Tác giả

Vikas Reddy Byreddy và cs cho kết quả là: 4,2%, 23% và 26%. Kết quả của chúng tôi cũng nằm trong dải phân bố chung của hầu hết các tác giả và gần nhất với kết quả của Tác giả Wakimoto và cs, của Vikas Reddy Byreddy và cs, điều này do cách chọn mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với hai tác giả.[7,8]

4.4.2 Đặc điểm bộc lộ dấu ấn IDH1 của UTKĐ lan tỏa theo độ mô học. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 58,3% các trường hợp UTKĐLT dương tính đối với dấu ấn IDH1 và sự phân bố theo độ mô học từ 89,5% với nhóm u thần kinh đệm độ 2 đến 63,6% đối với nhóm UTKĐ giảm biệt hóa độ 3 và 31,7% với u nguyên bào thần kinh đệm độ 4. Trong phân tích mối liên quan giữa mức độ biểu hiện của IDH1 và độ mô học của khối u từ độ 2 đến độ 4, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy một sự chênh lệch khác biệt giữa 3 nhóm u thần kinh đệm về bộc lộ dấu ấn IDH1, sự khác nhau là có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng cho chúng ta thêm thông tin về những u thần kinh đệm lan tỏa độ 2, đây là giai đoạn sớm của u thần kinh đệm lan tỏa ở bán cầu, ở giai đoạn này thì có sự bộc lộ dấu ấn IDH1 là cao nhất. Nhóm u nguyên bào thần kinh đệm độ 4 là một nhóm tổng hợp rất nhiều nguồn phát sinh u, u độ 4 có thể phát triển từ nhóm u độ 2,3 phát triển lên hoặc phát sinh nguyên phát ngay từ đầu. Do có các nguồn sinh u khác nhau nên tỷ lệ đột biến IDH ở nhóm này là khác biệt. [9,10]

4.4.3 Đặc điểm bộc lộ dấu ấn P53 của UTKĐ lan tỏa theo độ mô học. Đối với dấu ấn P53 thì trong nghiên cứu này thấy 72,2% các UTKĐLT có bộc lộ P53 ở mức trên 10% với biểu hiện mạnh hoặc vừa. Chúng tôi đi tìm mối liên quan giữa tỷ lệ dương tính với kháng thể p53 và độ mô học của các UTKĐLT thấy có sự liên quan rất rõ. Những u có độ mô học càng lớn thì mức độ dương tính với P53 càng tăng cao và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu nhận thấy tình trạng bộc lộ dấu ấn P53 của U nguyên bào thần kinh đệm là cao nhất 81,7 %, tình trạng bộc lộ dấu ấn P53 của u TKĐ lan tỏa độ 2 là thấp nhất chiếm 54,4%. Tác giả Heather E. Leeper và cs năm 2015 nghiên cứu 159 trường hợp u thần kinh đệm lan tỏa độ 2 thấy tỷ lệ bộc lộ P53 là 55%. [9] Tác giả Varuna Sipayya và cs năm 2012 nghiên cứu 195 trường hợp trong đó có 145 trường hợp u thần kinh đệm lan tỏa độ thấp và cao thấy tỷ lệ bộc lộ P53 của nhóm u sao bào lan tỏa độ 2 là 67,5%, nhóm u tế bào thần kinh đệm ít nhánh độ 2 là 40,9%, nhóm u nguyên bào thần kinh đệm nguyên phát

là 64,6% và nhóm u nguyên bào thần kinh đệm thứ phát là 71,4%. [10]

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi gặp nhiều nhất 30-40, tuổi trung bình $47,42 \pm 13,53$. Tỷ lệ nam/nữ = 1.16/1.
- Ba nhóm u não chính thường gặp là: UNBTKD (38%), USB giảm biệt hóa (14,3%) và UTBTKD ít nhánh giảm biệt hóa (13,4%).
- Độ mô học chiếm tỷ lệ cao nhất là độ 4 (38%).
- Tỷ lệ bộc lộ Ki67 với u sao bào lan tỏa độ 2 là: $3,8 \pm 1,57$, độ 3 là: $14,6 \pm 6,01$ và độ 4 là: $32,4 \pm 12,90$.
- Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn IDH1 là 58,3%, gặp nhiều nhất ở độ 2 (89,5%).
- Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn P53 là 72,2%, gặp nhiều nhất ở độ 4 (81,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Trần Minh Thông (2007).** Đặc điểm giải phẫu bệnh của 1187 ca u sao bào. Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh;11(3):41-46.
3. **Nguyễn Phúc Cường, Nguyễn Sỹ Lánh (2001)** Nghiên cứu áp dụng phân loại mới các u thần kinh

đệm vào chẩn đoán mô bệnh học. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học tập II, 2001, 241-245.

4. **Hoàng Anh Vũ, Đỗ Phú Quang, Trần Minh Thông.** Phát hiện đột biến p.R132H của gen IDH1 trong u thần kinh đệm bằng kỹ thuật ASO-PCR. Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;19(5):281-285.
5. **Phạm Tuấn Dũng (2017).** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ tưới máu và cộng hưởng từ phổ trong chẩn đoán một số u thần kinh đệm trên lều ở người lớn. Luận án thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Khalid H, Shibata S, Kishikawa M, Yasunaga A, Iseki M, Hiura T.** Immunohistochemical analysis of progesterone receptor and Ki-67 labeling index in astrocytic tumors. Cancer. 1997;80(11):2133-2140.
7. **Wakimoto H, Aoyagi M, Nakayama T, et al.** Prognostic significance of Ki-67 labeling indices obtained using MIB-1 monoclonal antibody in patients with supratentorial astrocytomas. Cancer. 1996;77(2):373-380.
8. **Byreddy VR, Sreelakshmi I, N EA.** Role of Ki 67 immunostaining as an adjunct to differentiate low grade and high-grade Gliomas. IOSR Dent Med Sci (IOSR-JDMS) 2018;17: 11-7.
9. **Leeper HE, Caron AA, Decker PA, Jenkins RB, Lachance DH, Giannini C.** IDH mutation, 1p19q codeletion and ATRX loss in WHO grade II gliomas. Oncotarget. 2015;6(30):30295-30305.
10. **Sipayya V, Sharma I, Sharma KC, Singh A.** Immunohistochemical expression of IDH1 in gliomas: a tissue microarray-based approach. J Cancer Res Ther. 2012;8(4):598-601.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG THÂN XƯƠNG ĐÙI Ở TRẺ EM

Nguyễn Mộc Sơn^{1,2}, Hoàng Minh Thắng²,
Đỗ Văn Minh², Nguyễn Mạnh Khánh¹, Ngô Văn Toàn¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương gãy thân đùi ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 66 người bệnh gãy kín thân xương đùi được phẫu thuật từ 1/2019 đến tháng 5/2021. Tất cả người bệnh được khám lại định kỳ sau mổ: tình trạng nhiễm trùng, đánh giá trực xương theo thang điểm Larson và Bostman (1980) và liền xương trên xquang sau 6 tháng, đánh giá tầm vận động của khớp háng, khớp gối. Đánh giá sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân không có biến chứng nhiễm trùng, trục chi tốt chiếm 97%, biên độ vận động của khớp háng, khớp gối tốt chiếm 100%,

liền xương thì đầu chiếm 98%. Phẫu thuật kết hợp xương đùi ở bệnh nhân trẻ em là một phương pháp an toàn, cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Gãy thân xương đùi, trẻ em, kết hợp xương.

SUMMARY

RESULTS OF PEDIATRIC FEMORAL SHAFT FRACTURE OSTEOSYNTHESIS TREATMENT

The study aimed to evaluate the results of osteosynthesis treatment of femoral shaft fractures in children at Viet Duc hospital. Method of cross-sectional descriptive study on 66 patients with closed femoral shaft fractures operated from January 2019 to May 2021. All patients were post-operative re-examined: infection, post-op femur axis according to Larson and Bostman scale (1980) and bone healing on x-ray after 6 months, assessment of range of motion of hip and knee joints. Evaluation after surgery, 100% of patients had no infectious complications, good limb axis accounted for 97%, good hip and knee range of motion accounted for 100%, bone healing accounted

¹Bệnh viện Việt Đức.

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mộc Sơn

Email: drmocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.4.2022