

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO SÁNG BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Văn Tiến¹, Phùng Thị Huyền², Lê Thị Yến², Nguyễn Thị Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng của ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiền cứu. Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng giai đoạn I-III từ 1/2015 đến 6/2021 tại bệnh viện K được ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, đánh giá thời gian sống thêm và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 29 bệnh nhân. Tuổi trung vị của BN là 56 tuổi; triệu chứng cơ năng thường gặp là đau tức bụng hạ vị (93,1%), triệu chứng thực thể hay gặp nhất là cổ chướng (27,6%), chủ yếu u một bên (93,1%), kích thước u trung vị là 110mm. Tỷ lệ bệnh nhân nhạy cảm với hóa chất bổ trợ nói chung là 65,5%, tỷ lệ giai đoạn I, II và III lần lượt là 100%, 83,3% và 33,3%. Thời gian sống thêm trung vị BN giai đoạn I, II chưa đạt được, giai đoạn III là 11 tháng. Giai đoạn bệnh là yếu tố chính liên quan đến tiên lượng bệnh. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng có một số đặc điểm lâm sàng đặc trưng khác với các thể ung thư biểu mô khác. BN giai đoạn sớm đạt hiệu quả tốt sau phẫu thuật và hóa chất bổ trợ, BN phát hiện giai đoạn muộn có tiên lượng xấu.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, RESULT OF TREATMENT, AND PROGNOSTIC FACTORS OF OVARIAN CLEAR CELL CARCINOMA

Aims: To identify the clinical characteristics, the laboratory characteristics, the result of treatment, and the prognostic factors of ovarian clear cell carcinoma. **Patients and methods:** A retrospective combined prospective study. The patient diagnosed at Vietnam National Cancer Hospital, from January 2015 to June 2021 recorded clinical characteristics, laboratory characteristics, treatment methods and overall survival, and prognostic factors. Results: The median age at diagnosis was 56. The main presenting symptom was pelvic pain (91,3%), the main presenting sign was ascites (27,6%), most tumors were unilateral (93,1%), and their median largest

diameter was 110mm. The rate of sensitive disease to adjuvant chemotherapy was 65,5%, response rate for stages I, II, and III was 100%, 83,3%, and 33,3%, respectively. Median survival was not reached for stage I and II patients, median survival was 11 months for stage III. The staging of disease was the main prognostic factor. **Conclusion:** Ovarian clear cell carcinoma shows distinct features compared to other epithelial ovarian cancers. The majority of patients with early stage had excellent survival but patients with advanced stage had a poor prognosis.

Keywords: Ovarian clear cell carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng (UTBMTBSBT) thuộc ung thư biểu mô (UTBM) tuýp 1, chiếm xấp xỉ 5% ung thư biểu mô buồng trứng, tỷ lệ này cao hơn ở quần thể người châu Á¹⁻³. Ung thư biểu mô tế bào sáng thường có nguồn gốc biểu mô buồng trứng, tiến triển chậm, phát triển đến kích thước lớn trong khi vẫn khu trú tại buồng trứng, hay phát hiện ở giai đoạn sớm^{3,4}. Một số đặc điểm đặc trưng được ghi nhận: Đa số biểu hiện một bên, bệnh nhân hay có tiền sử lạc nội mạc tử cung, tỷ lệ biểu hiện huyết khối, tăng canxi máu cao hơn thể giải phẫu bệnh khác⁴. Khi phát hiện bệnh giai đoạn muộn, tỷ lệ đáp ứng với hóa chất kém nên tiên lượng giai đoạn này thường xấu². Phác đồ điều trị chuẩn với bệnh nhân giai đoạn I-III tương tự các thể ung thư biểu mô là phẫu thuật công phá u tối đa phối hợp hóa chất bổ trợ. Được coi là thể giải phẫu bệnh nguy cơ cao nên chỉ định hóa chất bổ trợ nói chung được áp dụng cho tất cả các giai đoạn bệnh, bao gồm từ giai đoạn IA⁵. Tại Việt Nam hiện có ít nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng của nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng giai đoạn I-III được điều trị tại bệnh viện K từ 1/2015 đến 6/2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 29 BN ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng đủ các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào sáng

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tiến

Email: vutien5429@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.8.2022

buồng trứng bằng mô bệnh học giai đoạn I-III.

- Được phẫu thuật triệt căn: Cắt tử cung toàn bộ, hai phần phụ, mạc nối lớn, công phá u tối đa.

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, tủy xương, tim mạch bình thường trước điều trị.

- Được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin chu kỳ 3 tuần ít nhất 3 chu kỳ hoặc chu kỳ tuần ít nhất 9 chu kỳ.

- Không mắc các bệnh khác có nguy cơ tử vong trong thời gian gần.

- Hồ sơ theo dõi và thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- UTBMBT loại hỗn hợp có thành phần tế bào sáng

- UTBMTBSBT tái phát, di căn.

- BN mắc các ung thư khác phối hợp.

- BN bỏ điều trị, mất thông tin sau điều trị.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

2.3. Thời gian: 1/2015 – 6/2021.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 29 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả thu được như sau:

❖ Tuổi và tình trạng kinh nguyệt

Tuổi trung vị của BN 56 tuổi, cao nhất là 67 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi. Tỷ lệ BN mãn kinh là 62,1% và chưa mãn kinh là 37,9%.

❖ Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

	N	Tỷ lệ(%)
Triệu chứng cơ năng (n=29)		
Đau tức bụng hạ vị	27	93,1
Bụng to ra	6	20,7
Tự sờ thấy u	0	0
Ra máu âm đạo bất thường	8	27,6
Rối loạn tiểu tiện	5	17,2
Gầy sút cân	9	31,0
Táo bón	1	3,4
Tình cờ phát hiện	2	6,8
Triệu chứng thực thể (n=29)		
Sờ thấy u qua thành bụng	3	10,3
Cổ chướng	8	27,6
Thăm trực tràng – âm đạo thấy u	1	3,4
Không có triệu chứng	18	62,1

Nhận xét: Một BN có thể có một hoặc vài triệu chứng cơ năng, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau tức bụng hạ vị (93,1%). Khám lâm sàng, triệu chứng thực thể hay gặp nhất là cổ chướng (27,6%).

❖ Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

➢ **Kích thước u.** Kích thước u trung vị 96mm, u nhỏ nhất là 30mm, u lớn nhất 170mm.

➢ **Vị trí u.** BN có u một bên là 93,1%, u hai bên 6,9%.

➢ **Đặc điểm u trên siêu âm:**

Bảng 2: Đặc điểm u trên siêu âm:

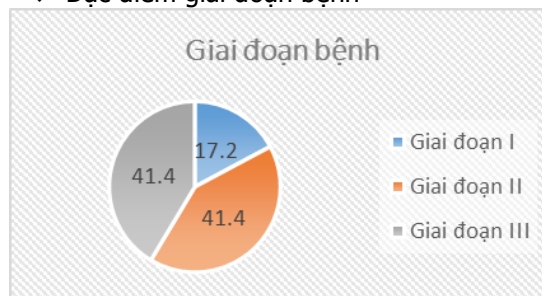
	N	Tỷ lệ(%)
Tính chất u buồng trứng trên siêu âm		
Nang	7	24,1
Đặc	4	13,8
Hỗn hợp	18	62,1
Dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm		
Vách không đều	19	65,5
Nụ sùi trong u	11	37,9
Xâm lấn xung quanh	1	3,4
Dịch ổ bụng	11	37,9

Nhận xét: Đa số u có thành phần hỗn hợp (62,1%). Dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm hay gặp nhất là vách không đều (65,5%) và nụ sùi trong u (37,9%).

❖ Đặc điểm chất chỉ điểm ung thư

Nồng độ CA 125 huyết thanh trước điều trị trung vị là 192U/mL. Thấp nhất là 18 U/ml, cao nhất là 5024 U/mL.

❖ Đặc điểm giai đoạn bệnh



Nhận xét: BN giai đoạn I chiếm 17,2%, giai đoạn II chiếm 41,4%, giai đoạn III chiếm 41,4%.

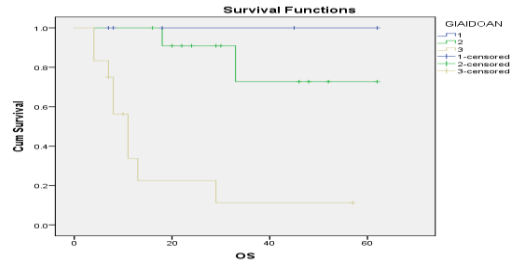
❖ Phương pháp điều trị

➢ **Phẫu thuật.** Tất cả BN được phẫu thuật triệt căn bao gồm cắt tử cung toàn bộ, 2 phần phụ, mạc nối lớn và công phá u tối đa. Phẫu thuật có vết hạch chiếm 17,2%. Tỷ lệ bệnh nhân sau phẫu thuật công phá u tối đa đạt được u tồn dư trên đại thể <1cm là 96,5%.

➢ **Phác đồ hoá chất bổ trợ.** Tất cả BN đều được điều trị hóa chất bổ trợ paclitaxel – carboplatin, trong đó bao gồm 28 BN điều trị 3-8 chu kỳ (chu kỳ 3 tuần), 1 BN điều trị phác đồ theo tuần. Tỷ lệ bệnh nhân nhạy cảm hóa chất bổ trợ là 65,5%, giai đoạn I, II và III lần lượt là 100%, 83,3% và 33,3%.

❖ **Thời gian sống thêm.** Thời gian theo dõi trung bình là 33 tháng, thời gian sống thêm toàn

bộ và thời gian sống thêm không tái phát trung bình là $24,5 \pm 18,6$ tháng và $22,9 \pm 19,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm và 2 năm lần lượt là 62,1% và 41,4%; thời gian sống thêm không tiến triển 1 năm và 2 năm lần lượt là 58,6% và 34,5%. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ giai đoạn I, II chưa đạt được, giai đoạn III là 11 tháng.



❖ Một số yếu tố tiên lượng

Bảng 3: Thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố tiên lượng

Yếu tố tiên lượng		OS 1 năm (%)	P	OS 2 năm (%)	P
Tuổi	<50	50,0	0,283	40,0	0,615
	≥50	68,4		42,1	
Giai đoạn bệnh	I-II	88,2	0,001	58,8	0,028
	III	25,0		16,7	
CA 125 (U/mL)	<500	71,4	0,106	52,4	0,006
	≥500	37,5		12,5	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm toàn bộ 1 năm và 2 năm giai đoạn I-II là 88,2% và 58,8%, giai đoạn III là 25,0% và 16,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ và $p = 0,028$. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm toàn bộ 2 năm ở nhóm bệnh nhân có CA-125 huyết thanh trước điều trị < 500 U/mL và ≥500 U/mL là 52,4% và 12,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,006$.

Bảng 4: Thời gian sống thêm không tái phát và một số yếu tố

Yếu tố tiên lượng		PFS 1 năm (%)	P	PFS 2 năm (%)	P
Tuổi	<50	50,0	0,385	30,0	0,522
	≥50	63,2		36,8	
Giai đoạn bệnh	I-II	88,2	0,001	52,9	0,019
	III	16,7		8,3	
CA 125 (U/mL)	<500	71,4	0,033	42,9	0,135
	≥500	25,0		12,5	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm không tái phát 1 năm và 2 năm giai đoạn I-II là 88,2% và 52,9%, giai đoạn III là 16,7% và 8,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p = 0,019$. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm không tái phát 1 năm ở nhóm bệnh nhân có CA-125 huyết tương < 500 U/mL và ≥500 U/mL là 71,4% và 25,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,033$.

IV. BÀN LUẬN

❖ **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung vị của BN là 56 tuổi, BN trẻ nhất là 20 tuổi, cao nhất là 67 tuổi, tỷ lệ BN chưa mãn kinh là 37,9%. Kết quả tương tự với kết của tác giả F Pozzati là 53,5 (khoảng tuổi 28-92), tỷ lệ BN chưa mãn kinh là 42,8%⁶.

Hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng cơ năng tại thời điểm phát hiện, có một hoặc vài triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất là đau tức bụng hạ vị (93,1%) và gầy sút cân (31,0%). Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là cổ chướng 27,6%. Tiền

sử lạc nội mạc tử cung, biểu hiện huyết khối và tăng canxi máu chưa được ghi nhận do cỡ mẫu nhỏ, BN không đi khám thường xuyên, các BN chưa làm đầy đủ xét nghiệm canxi máu. Kích thước u trung vị là 110mm (30mm – 170mm) so với tác giả F Pozzati là 117mm (25mm – 310mm)⁶. Hầu hết u một bên chiếm 93,1% gần tương đương so với tác giả F Pozzati là 84,2%. Hình ảnh u trên siêu âm phần lớn là hỗn hợp đặc và nang chiếm 62,1%, dạng đặc chiếm 13,8% và dạng nang chiếm 24,1%. Dấu hiệu ác tính trên siêu âm hay gặp nhất là vách u không đều chiếm 65,5%, dấu hiệu nụ sùi trong u và cổ chướng cùng chiếm tỷ lệ 37,9% tương tự của tác giả F Pozzati và 38,2% và 21,1%. Nồng độ CA-125 huyết thanh trước điều trị trung vị là 192 U/mL (18U/mL – 5024 U/mL), so sánh với tác giả F Pozzati là 79 U/mL (4,1 U/mL – 6410U/mL), có sự chênh lệch này do trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân phát hiện giai đoạn II-III. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN lựa chọn từ giai đoạn I-III, giai đoạn I chiếm 17,2%, giai đoạn II chiếm 41,4%, giai đoạn III

chiến 41,4%. Đối chiếu với các nghiên cứu tác giả nước ngoài, tỷ lệ chủ yếu phát hiện giai đoạn I trong tổng số BN giai đoạn I-IV, nghiên cứu của tác giả F Pozzati là 60,5%, tác giả Hee Yeon Lee là 63,6%^{5,6}. Tỷ lệ BN giai đoạn I thấp hơn các tác giả nước ngoài có thể giải thích do BN Việt Nam thường tới khám muộn, khi triệu chứng lâm sàng rầm rộ.

Điều trị ung thư biểu mô buồng trứng tế bào sáng tương tự điều trị ung thư biểu mô buồng trứng nói chung, phác đồ điều trị chuẩn là phẫu thuật công phá u tối đa và hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN đều được phẫu thuật công phá u tối đa và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. Trong đó, 17,2% BN có vết hạch do nghi ngờ hạch ác tính trên CLS trước mổ hoặc đánh giá trong mổ. Về hóa chất hỗ trợ, 28 BN điều trị 3-8 chu kỳ phác đồ chu kỳ 3 tuần, 1 BN điều trị phác đồ theo tuần, số chu kỳ phụ thuộc vào thể trạng, giai đoạn và đáp ứng của bệnh. Hầu hết BN được điều trị 6 chu kỳ, có 3 BN giai đoạn IIIC được điều trị 8 chu kỳ, các BN khác không điều trị đủ 6 chu kỳ do bệnh tiến triển, thể trạng yếu. Trong 3 BN được điều trị 8 chu kỳ, có 2 BN tại thời điểm thu thập số liệu chưa tái phát, thời gian sống thêm không tiến triển là 48 và 31 tháng, một BN thời gian sống thêm không tiến triển và toàn bộ là 15 tháng và 29 tháng. Tuy cỡ mẫu không lớn nhưng kết quả trên cho thấy với bệnh nhân giai đoạn IIIC, điều trị 8 chu kỳ vẫn cho thấy có hiệu quả khả quan và là lựa chọn có thể cân nhắc với các bác sĩ lâm sàng. Nghiên cứu của Su-Jin Baek cũng cho thấy với các bệnh nhân giai đoạn IIIC, điều trị hóa chất hỗ trợ >6 chu kỳ có thời gian sống thêm không bệnh và toàn bộ cao hơn, tuy nhiên kết quả này chưa có ý nghĩa thống kê⁷. Tỷ lệ bệnh nhân nhạy cảm hóa chất hỗ trợ là 65,5%, giai đoạn I, II và III lần lượt là 100%, 83,3%, và 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhân nhạy cảm hóa chất hỗ trợ giai đoạn III tương tự kết quả của tác giả Haosha Tang (giai đoạn III) là 37,9% và Dimitrios Pectaside (giai đoạn III-IV) là 45% thấp hơn nhiều so với thể thanh dịch độ cao^{8,9}.

❖ **Kết quả điều trị.** Thời gian theo dõi trung bình các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,0 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ và không tiến triển trung bình là $24,5 \pm 18,6$ tháng và $22,9 \pm 19,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm và 2 năm lần lượt là 62,1% và 41,4%; thời gian sống thêm không tiến triển 1 năm và 2 năm lần lượt là 58,6% và 34,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị giai đoạn I, II chưa đạt

được, giai đoạn III là 11 tháng so với tác giả Hee Yeon Lee giai đoạn III là 48,7 tháng, tác giả Behbakht giai đoạn III/IV là 22 tháng, kết quả trên thấp hơn nhiều so với các tác giả nước ngoài do nghiên cứu cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi chưa đủ dài^{4,5}.

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng tiến hành phân tích mối liên quan của một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh 1 năm và 2 năm. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm toàn bộ 1 năm và 2 năm giai đoạn I-II là 88,2% và 58,8%, giai đoạn III là 25,0% và 16,7% ($p = 0,001$ và $p = 0,028$). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm toàn bộ 2 năm ở nhóm bệnh nhân có CA-125 huyết tương < 500 U/mL và ≥ 500 U/mL là 52,4% và 12,5% ($p = 0,006$). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm không tái phát 1 năm và 2 năm giai đoạn I-II là 88,2% và 52,9%, giai đoạn III là 16,7% và 8,3% ($p < 0,001$ và $p = 0,019$). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian sống thêm không tái phát 1 năm ở nhóm bệnh nhân có CA-125 huyết tương < 500 U/mL và ≥ 500 U/mL là 71,4% và 25,0% ($p = 0,033$). Kết quả trên tương tự với kết quả các tác giả nước ngoài cho thấy giai đoạn là yếu tố quan trọng trong tiên lượng bệnh, CA-125 huyết thanh trước điều trị có thể là yếu tố tham khảo trong tiên lượng bệnh¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 29 BN ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng tại bệnh viện K trong khoảng thời gian từ 1/2015 đến 6/2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau đây:

- Tuổi trung vị của BN là 56; thường gặp hơn ở phụ nữ mãn kinh (62,1%). Các triệu chứng thường gặp: đau tức bụng hạ vị (93,1%), gầy sút cân (31,0%), cổ chướng (27,6%). Kích thước u trung vị là 110mm (30mm – 170mm). Hầu hết u một bên (93,1%). Dấu hiệu ác tính hay gặp nhất trên siêu âm là vách u không đều (65,5%). Nồng độ CA-125 huyết thanh trước điều trị trung vị là 192 U/mL. Phần lớn bệnh nhân phát hiện giai đoạn II-III cùng chiếm 41,4%.

- Tất cả BN được điều trị phẫu thuật triệt căn, công phá u tối đa và hóa chất hỗ trợ phác đồ paclitaxel – carboplatin. Tỷ lệ bệnh nhân nhạy cảm hóa chất hỗ trợ là 65,5%, giai đoạn I, II và III lần lượt là 100%, 83,3% và 33,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không tái phát trung bình là $24,5 \pm 18,6$ tháng và $22,9 \pm 19,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm và 2 năm lần lượt là 62,1% và 41,4%; tỷ lệ sống thêm không tái phát 1 năm và 2 năm lần

lượt là 58,6% và 34,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị giai đoạn I, II chưa đạt được, giai đoạn III là 11 tháng. Giai đoạn bệnh yếu tố quan trọng trong tiên lượng bệnh, giai đoạn III có đáp ứng kém hóa chất và tiên lượng xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fujiwara K, Shintani D, Nishikawa T (2016).** Clear-cell carcinoma of the ovary. *Ann Oncol*, 27 Suppl 1:i50-i52.
2. **Chan JK, Teoh D, Hu JM, Shin JY, Osann K, Kapp DS (2008).** Do clear cell ovarian carcinomas have poorer prognosis compared to other epithelial cell types? A study of 1411 clear cell ovarian cancers. *Gynecol Oncol*, 109(3):370-376.
3. **Kurman RJ, Shih IM (2010).** The Origin and Pathogenesis of Epithelial Ovarian Cancer- a Proposed Unifying Theory. *Am J Surg Pathol*, 34(3):433-443.
4. **Behbakht K, Randall TC, Benjamin I, Morgan MA, King S, Rubin SC (1998).** Clinical characteristics of clear cell carcinoma of the ovary. *Gynecol Oncol*, 70(2):255-258.
5. **Lee HY, Hong JH, Byun JH, et al (2020).** Clinical Characteristics of Clear Cell Ovarian Cancer: A Retrospective Multicenter Experience of 308 Patients in South Korea. *Cancer Res Treat*, 52(1):277-283.
6. **Pozzati F, Moro F, Pasciuto T, et al (2018).** Imaging in gynecological disease (14): clinical and ultrasound characteristics of ovarian clear cell carcinoma. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 52(6):792-800.
7. **Baek SJ, Park JY, Kim DY, et al (2008).** Stage IIIC epithelial ovarian cancer classified solely by lymph node metastasis has a more favorable prognosis than other types of stage IIIC epithelial ovarian cancer. *J Gynecol Oncol*, 19(4):223-228.
8. **Tang H, Liu Y, Wang X, et al (2018).** Clear cell carcinoma of the ovary: Clinicopathologic features and outcomes in a Chinese cohort. *Medicine (Baltimore)*, 97(21):e10881.
9. **Pectasides D, Fountzilas G, Aravantinos G, et al (2006).** Advanced stage clear-cell epithelial ovarian cancer: the Hellenic Cooperative Oncology Group experience. *Gynecol Oncol*, 102(2):285-291.
10. **Cooper BC, Sood AK, Davis CS, et al (2002).** Preoperative CA 125 levels: an independent prognostic factor for epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol*, 100(1):59-64.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Bùi Xuân Trường¹, Nguyễn Duy Thắng^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) được áp dụng cho các bệnh nhân (BN) tràn dịch màng phổi (TDMP) dịch tiết, chưa chẩn đoán được nguyên nhân bằng các phương pháp khác tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang gồm 47 BN được phẫu thuật từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 12 năm 2021. Các BN trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 51, nguyên nhân chính là Lao phổi có 28 trường hợp chiếm 60%, các nguyên nhân khác bao gồm viêm, ung thư chiếm tỷ lệ lần lượt là 25% và 15%. Tất cả các BN đều tìm ra được nguyên nhân, hút hết dịch màng phổi, bóp nở phổi, đặt dẫn lưu màng phổi và có 80% được phối hợp các phương pháp điều trị khác như bơm betadin đặc 10% cho 10 BN, gỡ dính màng phổi cho 38/47 BN, phá vách ngăn fibrin 7/47 BN và 4 BN được lấy bỏ ổ cặn màng phổi.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi dịch tiết, phẫu thuật nội soi lồng ngực, gỡ dính màng phổi, lấy ổ cặn màng phổi.

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Hưng

Email: hung.doanquoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.8.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022

Viết tắt: PTNSLN: phẫu thuật nội soi lồng ngực, TDMP: tràn dịch màng phổi, BN: bệnh nhân

SUMMARY

THE RESULT OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PLEURAL EFFUSION WITH UNKNOWN CAUSE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Video-assisted thoracoscopic surgery is applied to patients with exudative pleural effusion, whose cause has not been diagnosed by other methods at Hanoi Medical University Hospital. The study was carried out by cross-sectional descriptive method including 47 patients operated from August 2018 to December 2021. The patients in the study had an average age of 51 years, the main cause was Pulmonary TB, there are 28 cases, accounting for 60%, other causes include inflammation, cancer accounted for 25% and 15% respectively. All patients found the cause, drained the pleural fluid, expanded the lung, placed a pleural drainage, and 80% were combined with other treatment methods such as 10% concentrated betadine pump for 10 patients, pleural adhesion was removed for 38/47 patients, fibrin septum was broken in 7/47 patients and 4 patients were pleural peel surgery.

Keywords: exudative pleural effusion, video-assisted thoracoscopic surgery, pleural adhesion removal, pleural peel surgery.