

cao. Đây là các hành vi có nguy cơ lây nhiễm viêm gan B rất cao vì vậy việc tuyên truyền, tư vấn thay đổi hành vi cần thực hiện sớm và hiệu quả nhằm dự phòng lây nhiễm cho đối tượng nghiên cứu.

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi: Chưa đánh giá được thái độ của đối tượng nghiên cứu về bệnh viêm gan B và dự phòng viêm gan B. Bởi kiến thức, thái độ và thực hành luôn có mối liên quan thuận với nhau. Ngoài ra trong nghiên cứu này chúng tôi chưa đánh giá được các khía cạnh khác sâu hơn về thực hành. Trong những nghiên cứu sau có điều kiện nên triển khai các nội dung định tính như thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu để đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thực hành dự phòng viêm gan B của người bệnh. Trong điều kiện cho phép nên tiến hành các hoạt động can thiệp giáo dục sức khỏe giúp nâng cao kiến thức và thực hành dự phòng viêm gan B của người nhà người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ người nhà người bệnh có mức độ kiến thức dự phòng viêm gan B ở mức đạt là 37,8% với điểm trung bình là 24,55 ($\pm 2,21$)/29 điểm.

- Tỷ lệ người nhà người bệnh có kiến thức dự phòng viêm gan B ở mức chưa đạt là 62,3% với điểm trung bình là 13,71 ($\pm 4,24$)/29 điểm.

Điểm trung bình mức độ kiến thức của người nhà người bệnh là 17,80 ($\pm 6,38$)/29 điểm

Đặc điểm thực hành của đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ người nhà người bệnh có thực hành dự phòng viêm gan B ở mức đạt là 76,3% với điểm trung bình là 8,65 ($\pm 1,05$)/10 điểm.

- Tỷ lệ người nhà người bệnh có thực hành ở mức chưa đạt là 23,8% với điểm trung bình 4,80 ($\pm 11,29$)/10 điểm.

- Điểm trung bình mức độ thực hành của đối tượng nghiên cứu là 7,73 \pm 1,98/10 điểm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thùy Linh và cộng sự. (2015), "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống lây nhiễm viêm gan B của sinh viên trường Đại học Y dược Hải Phòng, 2015", Tạp chí Y học dự phòng. XXVI(14), tr. 187.
2. Lê Minh Thi, Trần Thị Diễm (2022), "Kiến thức, thực hành phòng lây nhiễm viêm gan B của người bệnh mới vào điều trị tại khoa Nghiên cứu và điều trị viêm gan, Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 149, trang 237 - 247.
3. Trịnh Văn Nghinh (2009), Kiến thức, thực hành về phòng chống bệnh viêm gan B của người dân thị trấn Yên Viên, Gia Lâm - Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Vũ Đình Sơn, Trịnh Thị Luyện (2018) Nâng cao kiến thức về phòng bệnh viêm gan virus B của người dân tại xã Trung Nguyên, Huyện Yên Lạc, Tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng - tập 3 - số 05
5. Hoàng Văn Doanh (2015), Kiến thức, thái độ, thực hành phòng lây nhiễm viêm gan B và một số yếu tố liên quan của sinh viên trường Đại học Y dược Hải Phòng. Khóa luận tốt nghiệp chuyên ngành Bác sĩ Y học dự phòng-ĐH Y dược Hải Phòng.
6. Nguyen, T.T., T.T. Pham, S. So, et al., (2021). Knowledge, Attitudes and Practices toward Hepatitis B Virus Infection among Students of Medicine in Vietnam. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18 (13).

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ HỌC VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TIỀN LIỆT KHU VỰC MIỀN NÚI PHÍA BẮC VIỆT NAM

Trần Ngọc Dũng¹, Hứa Thị Giang², Trần Văn Hợp³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô (UTBM) tuyến tiền liệt (TTL) chủ yếu dựa vào tiêu bản mô học thông thường, tuy nhiên trong một số trường hợp khó xác định cần dựa vào xét nghiệm hóa

mô miễn dịch (HMMD) hỗ trợ. Nghiên cứu này nhằm đánh giá những đặc điểm mô bệnh học, biểu lộ một số dấu ấn miễn dịch và mối liên quan với điểm Gleason ở các bệnh nhân UTBM/TTL ở một số tỉnh phía Bắc Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 75 bệnh nhân được chẩn đoán là UTBM/TTL tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên, từ 1/2016 đến 6/2022. Phân tích đặc điểm mô bệnh học, biểu lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch và đánh giá mối liên quan với điểm Gleason. **Kết quả:** UTBM tuyến nang 46,7%, Gleason 8 - 10 điểm chiếm 39,8%. Xâm lấn thần kinh chiếm 24,0%. Tỷ lệ bộc lộ với dẫn ấn AMACR (P504s) là 93,3%, nhóm có điểm Gleason từ 8-10 là 57,1%. Tỷ lệ bộc lộ với ERG là 33%, nhóm có điểm Gleason ≤ 7 chiếm 75%. Chỉ số Ki67 trung bình 14,1%, trung vị 10%, có 67,4% các trường hợp

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Dũng

Email: tranngocdung_gpb@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023

Gleason 8-10 điểm bộc lộ cao với Ki67. **Kết luận:** Chủ yếu là tít UTBM tuyến nang, Gleason 8 - 10 điểm, xâm lấn thần kinh chiếm tỷ lệ cao, điểm Gleason càng cao thì tỷ lệ xâm lấn thần kinh càng lớn. Bộc lộ với dấu ấn AMACR chủ yếu ở nhóm có điểm Gleason từ 8-10. Bộc lộ với ERG cao ở nhóm có điểm Gleason ≤ 7 . Điểm Gleason càng cao thì chỉ số Ki67 bộc lộ càng lớn. Không có mối liên quan giữa bộc lộ Ki-67 với PSA/Hth.

Từ khóa: UTBM tuyến tiền liệt, Hóa mô miễn dịch, chẩn đoán ung thư.

SUMMARY

RESEARCH ON SOME HISTOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES OF PROSTATE CANCER PATIENTS IN THE NORTH MOUNTAINOUS AREA OF VIETNAM

Background: Histopathological diagnosis of prostate cancer is mainly based on conventional histological criteria, but in some difficult cases, the immunohistochemical examination is needed for support. This study aimed to evaluate the histopathological characteristics, expression of some immunological markers, and their correlation with Gleason scores in patients with prostate carcinoma in some northern provinces of Vietnam. **Method:** A cross-sectional descriptive study of 75 patients diagnosed with prostate cancer at Thai Nguyen Central General Hospital, from 1/2016 to 6/2022. The histological features, expression of some immune markers, and correlation with Gleason scores were analyzed. **Results:** Follicular adenocarcinoma 46.7%, Gleason 8-10 points accounted for 39.8%. Nerve invasion accounted for 24.0%. The rate of disclosure with the AMACR marker (P504s) was 93.3%, and the group with a Gleason score of 8-10 was 57.1%. The rate of disclosure with ERG was 33%, and the group with a Gleason score ≤ 7 accounted for 75%. The average Ki67 index was 14.1%, with a median of 10%, and 67.4% of cases with Gleason scores of 8-10 had a high expression of Ki67. **Conclusion:** Prostate cancer mainly occurs in cystic tumor type, with high rates of Gleason scores of 8-10 and nerve invasion. The higher the Gleason score, the higher the rate of nerve invasion. AMACR expression is mainly found in the group with Gleason scores of 8-10, while ERG expression is high in the group with Gleason scores ≤ 7 . The higher the Gleason score, the higher the Ki67 expression. There is no correlation between Ki-67 expression and PSA. **Keywords:** Prostate cancer, Immunohistochemistry, Cancer diagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh lý ác tính thường gặp ở nam giới cao tuổi, bệnh diễn tiến chậm và liên tục với nhiều mức độ ác tính khác nhau¹. Theo Globocan, ước tính gần 1,4 triệu ca mắc mới và 375.000 ca tử vong trên toàn thế giới, UTBM TTL là bệnh ung thư phổ biến thứ hai và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ năm ở nam giới vào năm 2020². Việt Nam là nước có tỷ lệ UTBM TTL không cao. Nhưng

theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) số lượng UTBM TTL ở Việt Nam đến hết năm 2012 là khoảng 1275 người, trong đó số ca tử vong là khoảng 872 người³. Việc phát hiện, chẩn đoán sớm UTBM TTL phải dựa vào xét nghiệm mô bệnh học. Trong một số trường hợp, các tổn thương không điển hình hoặc không đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán trên mô bệnh học thông thường, gây nên những khó khăn trong chẩn đoán xác định, khi đó, cần áp dụng kỹ thuật HMMD bổ trợ. Một số nghiên cứu trong nước đã đề cập tới lĩnh vực này, tuy nhiên mới triển khai ở các khu vực đồng bằng, chưa có công trình nghiên cứu dành cho các bệnh nhân khu vực miền núi phía Bắc Việt nam, cũng như chưa có nghiên cứu về một số dấu ấn tiên lượng của bệnh này. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ của các dấu ấn AMACR, EGR, Ki67 trong ung thư biểu mô tuyến tiền liệt ở một số tỉnh phía Bắc Việt Nam.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 75 bệnh nhân có u tuyến tiền liệt được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2016 đến 06/2022. Tất cả các trường hợp được xét nghiệm Hóa mô miễn dịch tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Quân y 103.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu. Các biến số nghiên cứu gồm:

Tuổi (theo nhóm cách nhau 10 tuổi)

Nồng độ PSA huyết thanh (PSA/Hth) với ngưỡng bình thường từ 0-4 ng/ml

Đặc điểm mô bệnh học, phần nhóm điểm và độ Gleason, xâm lấn mạch máu và thần kinh

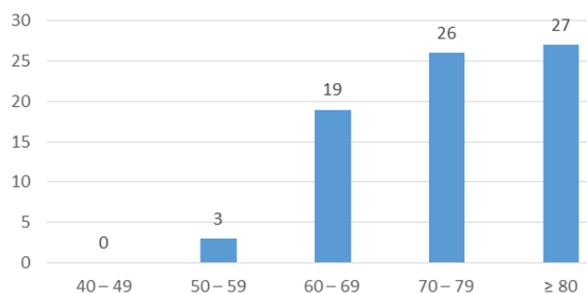
Đặc điểm hóa mô miễn dịch, bao gồm các dấu ấn AMACR (P504s), ERG, Ki67 và mối liên quan của chúng với điểm Gleason.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22. Mối liên quan giữa điểm Gleason với tình trạng xâm lấn và mối liên quan giữa các marker hóa mô miễn dịch với điểm Gleason được đánh giá bằng kiểm định Chi-square và Fisher's exact với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu các đặc điểm chung của ung thư biểu mô TTL

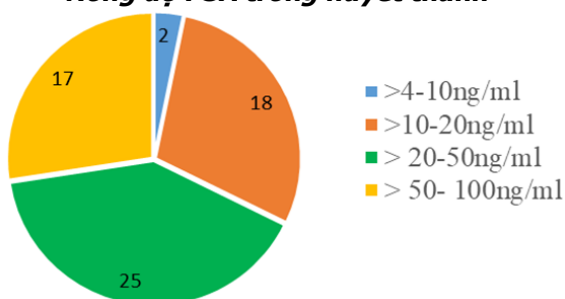
***Phân bố bệnh nhân UTBM TTL theo nhóm tuổi.**



Biểu đồ 1: Phân bố tuổi bệnh nhân

Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 51, lớn nhất là 92, tuổi trung bình là 75,23. Nhóm tuổi thường gặp nhất là ≥ 80, chiếm 36,0% (27 BN). Tiếp đến là nhóm tuổi 70- 79 và 60 - 69 với tỷ lệ là 34,7% và 25,3%. Nhóm tuổi < 50 không gặp trường hợp nào.

*** Nồng độ PSA trong huyết thanh**



Biểu đồ 2: Phân bố của nồng độ PSA/Hth

Nồng độ PSA/Hth trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 80,9 ng/ml, nồng độ thấp nhất là 7,2 ng/ml, nồng độ cao nhất là 912 ng/ml. Không có trường hợp nào có PSA/Hth ≤4 ng/ml.

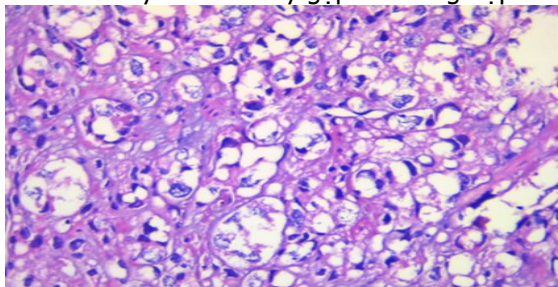
3.2. Kết quả nghiên cứu mô bệnh học

Bảng 1: Tỷ lệ các típ mô bệnh học UTBM TTL

Típ mô bệnh học	n	%
UTBMT nang	72	96,0
UTBMT tế bào giống nhân	1	1,3
UTBMT chế nhầy	2	2,7
Tổng	75	100

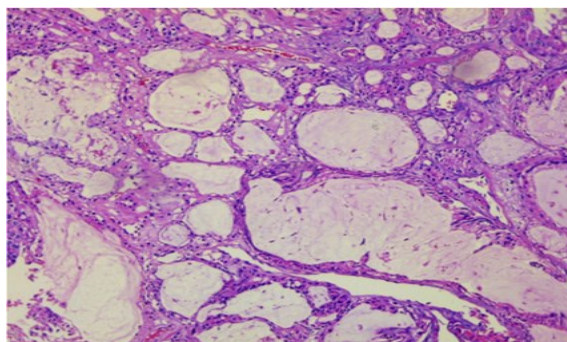
Đa số các trường hợp là típ mô bệnh học UTBM tuyến nang, chiếm tỷ lệ 96%.

UTBM tuyến chế nhầy gặp 2 trường hợp.



Ảnh 1: Ung thư biểu mô tế bào dạng nhân

TB: B22/ 3339, HE x 200.



Ảnh 2: UTBM tuyến chế nhầy

TB: B22/ 2726, HE x 400.

Chúng tôi gặp 1 trường hợp biến thể UTBM tế bào giống nhân.

Bảng 2: Phân bố điểm Gleason và phân nhóm độ Gleason

Điểm Gleason	Nhóm độ	Số trường hợp		Tỷ lệ (%)	
		n	Σ		
6	3+3	I	4	4	5,3
7	3+4	II	15	15	20,0
	4+3	III	9	9	12,0
8	4+4	IV	15	18	24,0
	3+5		3		
	5+3		0		
9	4+5	V	18	29	38,7
	5+4		8		
10	5+5		3		
Tổng			75	75	100%

- Nhóm độ V (điểm Gleason 9-10) chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,7 %.

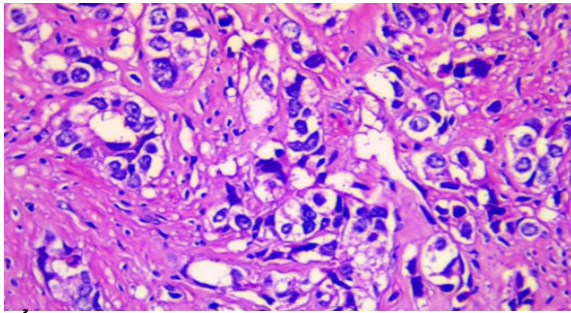
- Nhóm độ I (Gleason 3+3) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,3 %.

- Nhóm điểm Gleason từ 8-10 chiếm tỷ lệ cao nhất 62,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ cấu trúc mô học trong độ Gleason 4 và 5

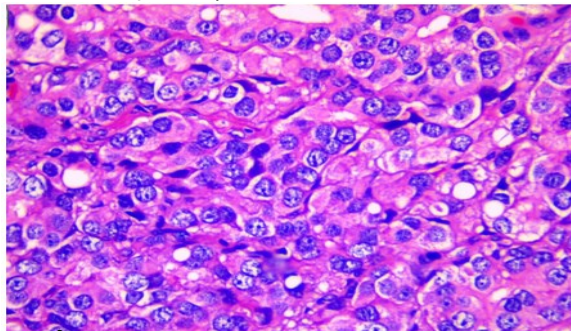
Cấu trúc mô học	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tuyến kém biệt hoá	37	49,3
Ố, màng đặc	32	42,7
Hình sàng	24	32,0
Vi nang	17	22,7
Tế bào đơn lẻ, dây	21	28,0
Dạng cầu thận	2	2,7
Hoại tử trứng cá	3	4,0
Tế bào giống nhân	1	1,3

Trong các trường hợp có mẫu cấu trúc 4 và 5 trong mô u: Cấu trúc mô học thường gặp nhất là tuyến kém biệt hoá 37 trường hợp (49,3%). Ố, màng đặc 32 trường hợp (42,7%). Gặp ít nhất ở các cấu trúc tế bào giống nhân chỉ với 1 trường hợp (1,3%) và không gặp trường nào có cấu trúc giống UTBM tế bào thận.



Ảnh 3: UTBM tuyến kém biệt hoá, Gleason 4 điểm

TB: B22/ 2994, HE x 200.



Ảnh 4: UTBM tuyến nang dạng ổ đặc, Gleason 5 điểm

TB: B18/ 3180, HE x 200.

Bảng 4. Liên quan giữa điểm Gleason và tuổi bệnh nhân

Tuổi	Điểm Gleason		Tổng số	p
	≤ 7	8 - 10		
50 - 59	1(33,3%)	2(66,7%)	3(100%)	p=0,579
60 - 69	10(52,6%)	9(47,4%)	19(100%)	
70 - 79	12(46,2%)	14(53,8%)	26(100%)	
≥ 80	9 (33,3%)	18(66,7%)	27(100%)	
Tổng	32(42,7%)	43(57,3%)	75(100%)	

Trong các nhóm tuổi, số trường hợp có điểm Gleason 8 -10 đều chiếm tỷ lệ cao hơn và tỷ lệ này có xu hướng tăng dần theo tuổi. Tuy nhiên, chưa thấy mối liên hệ rõ rệt giữa điểm Gleason và tuổi của bệnh nhân (p>0,05).

Bảng 5. Liên quan giữa điểm Gleason và tình trạng xâm lấn

Tình trạng xâm nhập	Điểm Gleason		Tổng	p
	≤ 7 điểm	8-10 điểm		
Xâm nhập thần kinh	Có	3 (16,7%)	15 (83,3%)	p=0,014
	Không	29 (50,9%)	28 (49,1%)	
Xâm nhập mạch	Có	0 (0%)	3 (100%)	p=0,256
	Không	32 (44,4%)	40 (55,6%)	

XN mạch và Thần kinh		Có	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)	p=0,504
		Không	32 (43,8%)	41 (56,2%)	73 (100%)	

- Tỷ lệ xâm lấn thần kinh ở nhóm UTTL có độ mô học cao (Gleason 8-10 điểm) là 83,3 % so với nhóm UTTL có độ mô học thấp (Gleason ≤7 điểm) là 16,7 %, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

- Không tìm thấy mối liên quan giữa điểm Gleason và xâm nhập mạch (p >0,05).

Trong số 75 trường hợp được nghiên cứu có 23 trường hợp phát hiện có xâm lấn. Xâm lấn thần kinh được phát hiện nhiều nhất là 18 trường hợp, trong đó có 15 trường hợp phát hiện ở nhóm độ Gleason 8-10 điểm, chiếm tỷ lệ 83,3%. Xâm nhập mạch và xâm nhập cả mạch và thần kinh chỉ được phát hiện ở nhóm có độ Gleason 8- 10 điểm với số lượng lần lượt là 3 và 2 trường hợp và đều có tỷ lệ là 100%. Mối liên quan giữa điểm Gleason và xâm nhập thần kinh được khẳng định với p = 0,014 (p < 0,05). Tuy xâm nhập mạch ở nhóm Gleason 8-10 điểm có tỷ lệ 100% so với nhóm điểm Gleason ≤7 điểm, nhưng mối liên quan giữa điểm Gleason với xâm lấn mạch khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

3.3. Kết quả HMMD và mối liên quan với điểm Gleason

Bảng 6: Mối liên quan giữa sự bộc lộ AMACR (P504s) và điểm Gleason

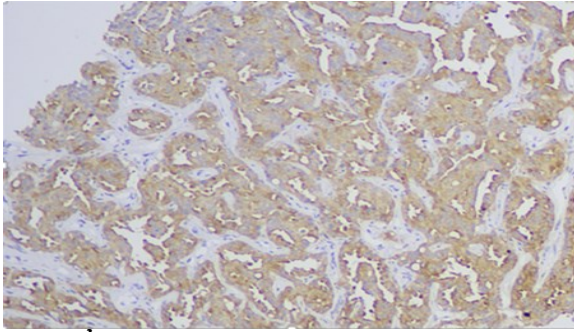
Biểu hiện AMACR	Điểm Gleason		Tổng	p
	≤7	8 - 10		
Âm tính	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100%)	p>0,05
Dương tính	30 (42,9%)	40 (57,1%)	70 (100%)	
Tổng	32 (42,7%)	43 (57,3%)	75 (100%)	

Số trường hợp dương tính ở nhóm có điểm Gleason từ 8-10 là 40 (57,1%). Số trường hợp dương tính trong nhóm Gleason ≤7 có 30 (42,9%). Không có mối liên quan giữa biểu hiện AMACR với nhóm điểm Gleason (p>0,05).

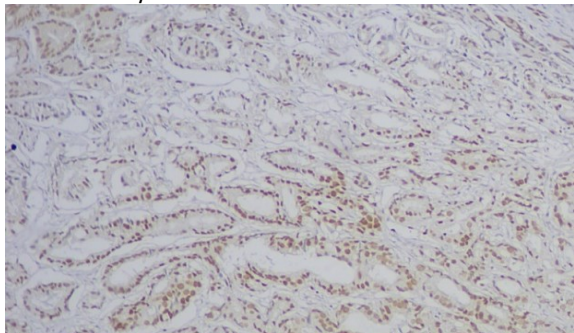
Bảng 7: Liên quan giữa ERG và điểm Gleason

Biểu hiện ERG	Điểm Gleason		Tổng	p
	≤7	8 - 10		
Âm tính	20(33,9%)	39(66,1%)	59	p<0,05
Dương tính	12(75%)	4(25%)	16	
Tổng	32	43	75	

Tỷ lệ bộc lộ của ERG trong nhóm bệnh nhân có điểm Gleason ≤7 (75%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có điểm Gleason >7 (25%) với p <0,05.

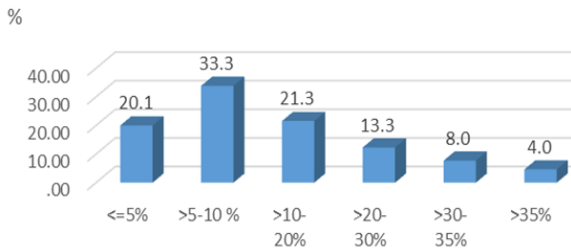


Ảnh 5. Sự bộc lộ AMACR (P504s)
TB: B20/ 3759.



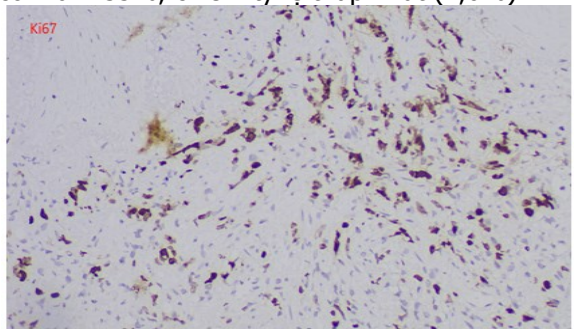
Ảnh 6: Sự bộc lộ ERG, cường độ trung bình
TB: B21/ 3750

Sự phân bố của chỉ số Ki67



Biểu đồ 3: Sự phân bố của chỉ số Ki67

Chỉ số Ki67 dao động rộng từ 0% đến 40%, trung bình là 14,1%, trung vị là 10 %. Trong đó nhóm có chỉ số Ki67 >5-10% với 25 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%) và có 3 trường hợp có Ki67>35%, chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,0%).



Ảnh 7: Sự bộc lộ của Ki67. TB: B22/ 405

Bảng 8: Mối liên quan giữa chỉ số Ki67 và điểm Gleason

Điểm Gleason	Sự bộc lộ chỉ số Ki67 (cut-off 10%)		Tổng	Giá trị p
	Thấp	Cao		
≤7	26 (81,2%)	6 (18,8%)	32 (100%)	p < 0,05
8-10	14 (32,6%)	29 (67,4%)	43 (100%)	
Tổng	40	35	75	

Trong nhóm điểm Gleason ≤7 điểm, có 6/32 trường hợp có bộc lộ cao với Ki67. Ngược lại, ở nhóm điểm Gleason 8-10 điểm, có tới 29/43 các trường hợp bộc lộ cao với Ki67. Sự liên quan chỉ số Ki67 và điểm Gleason có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Trong NC của chúng tôi, 75 bệnh nhân được nhuộm dấu ấn Ki67. Chỉ số Ki67 dao động từ 0,0% đến 40%, giá trị trung vị và trung bình lần lượt là 14,1 và 9%. Bệnh nhân có điểm chỉ số Ki67 cao nhất có điểm Gleason là 5+4=9 điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của ung thư biểu mô tuyến tiền liệt. Chúng tôi nghiên cứu về ung thư biểu mô tuyến tiền liệt (UTBM TTL) và thấy rằng đa số các trường hợp xảy ra ở độ tuổi ≥80 tuổi. Nghiên cứu trên tử thi cho kết quả đáng ngạc nhiên là 80% những người trên 80 tuổi có UTBM TTL. Nồng độ PSA/Hth trong nghiên cứu của chúng tôi cao, trung bình là 80,9 ng/ml và không có trường hợp nào có PSA/Hth ≤ 4 ng/ml. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nồng độ PSA/Hth có mối tương quan thuận với thể tích khối u, giai đoạn bệnh. Nghiên cứu của Kabalin và CS kết luận rằng PSA/Hth được quyết định bởi thể tích u, tỷ lệ phần trăm của mẫu Gleason độ 4 và 5⁴. Nghiên cứu của Stamey và CS cho thấy vai trò rất lớn của việc đo nồng độ PSA/Hth trong tầm soát UTBM⁵.

4.2. Về mô bệnh học, phân bố điểm Gleason và phân nhóm độ Gleason. Kết quả cho thấy UTBM tuyến nang chiếm tỷ lệ cao nhất trong các UTBM TTL. Trong khi đó, UTBM tuyến chểnh mảng có tiên lượng xấu hơn và đáp ứng kém với điều trị nội tiết. Biến thể UTBM tế bào giống nhẵn là ác tính cao và ít nhạy cảm với điều trị nội tiết.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu về nhóm điểm Gleason của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Kết quả cho thấy nhóm điểm Gleason từ 8-10 chiếm tỷ lệ cao nhất 62,7%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Kỳ⁶ và Phạm Quốc Thắng⁷, cao hơn so với các tác giả nước ngoài. Điều này có thể do bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn. Điểm Gleason càng cao thì tỉ lệ xâm lấn và di căn càng lớn. Kết quả của

nghiên cứu Phạm Quốc Thăng cũng cho thấy nhóm có điểm Gleason 8-10 có tỷ lệ xâm lấn thần kinh, mô mỡ lớn hơn so với nhóm có điểm Gleason ≤ 7 . Trong NC của chúng tôi, điểm Gleason còn có mối liên quan chặt chẽ với sự xâm lấn thần kinh, với tỷ lệ xâm lấn thần kinh và mô mỡ cao hơn ở nhóm có điểm Gleason 8-10 so với nhóm có điểm Gleason ≤ 7 .

4.3. Về đặc điểm HMMD và mối liên quan với điểm Gleason. Nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ dương tính của AMACR và điểm Gleason. Tuy nhiên, AMACR vẫn là một chất nhuộm hỗ trợ tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định. AMACR có sự biểu hiện cao hơn đáng kể trong ung thư tuyến tiền liệt so với biểu mô tuyến tiền liệt lành tính. Việc sử dụng kết hợp với p63 và CK903 được khuyến dùng để xác định các ổ tuyến TTL không điển hình⁸.

Chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt có thể khó khăn trong sinh thiết kim nhỏ và hóa mô miễn dịch thường được sử dụng. Kháng thể ERG có tính đặc hiệu cao và được phát hiện ở khoảng 50% trường hợp ung thư tuyến tiền liệt. Việc sử dụng chất miễn dịch kép P63/ERG kết hợp độ nhạy cao của P63 và độ đặc hiệu cao của ERG có thể có khả năng hữu ích trong việc chuẩn bị các ca sinh thiết tuyến tiền liệt khó. Nghiên cứu trên 303 mẫu bệnh phẩm tuyến tiền liệt tại Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ ERG dương tính là 24,4% và biểu hiện ERG cao hơn ở nhóm có điểm Gleason thấp hơn. Tuy nhiên, kết quả này khác so với các nghiên cứu liên quan đến các quần thể phương Tây. Nghiên cứu của A.A Hashami và đồng nghiệp chỉ ra rằng protein ERG chỉ biểu hiện ở khoảng 40% các trường hợp và tỷ lệ dương tính với ERG tăng theo mức độ biểu hiện của protein này⁹. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ bộc lộ của ERG trong nhóm bệnh nhân có điểm Gleason ≤ 7 cao hơn so với nhóm có điểm Gleason >7 .

Nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số Ki67 trung bình cao hơn so với các NC khác như Bubendorf, Fisher. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau, với nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong nhóm có điểm Gleason từ 8-10. Chúng tôi phân tích mối tương quan giữa Ki67 và điểm Gleason và tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hai chỉ số này với $p < 0,05$. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa Ki67 và nồng độ PSA/Hth.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 75 trường hợp UTBMTTTL tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

Mô bệnh học: UTBM tuyến nang chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), điểm Gleason từ 8 - 10 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,8%) và tỷ lệ xâm lấn thần kinh càng lớn khi điểm Gleason càng cao.

Hóa mô miễn dịch: Tỷ lệ bộc lộ với dẫn ấn AMACR (P504s) là 93,3%, chủ yếu ở nhóm có điểm Gleason từ 8-10 chiếm 57,1%. Tỷ lệ bộc lộ với ERG là 21,33%, tỷ lệ cao hơn trong nhóm có điểm Gleason ≤ 7 (75%) so với nhóm có điểm Gleason >7 (25%). Chỉ số Ki67 trung bình là 14,1%, trung vị là 10%, dao động từ 0% đến 40%. Các trường hợp Gleason 8-10 điểm có tỷ lệ bộc lộ cao với Ki67 và điểm Gleason càng cao thì chỉ số Ki67 bộc lộ càng lớn. Không có mối liên quan giữa bộc lộ Ki-67 với PSA/Hth.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gospodarowicz M.K, Denis L.J, Griffiths K., et al.** UICC Manual of Clinical Oncology. In: International Union against Cancer. Vol 8. ; 2014:585-598.
- 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
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al.** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015;136(5):E359-386. doi:10.1002/ijc.29210.
- Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM.** The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. Eur Urol. 2016; 70(1): 93 - 105 doi:10.1016/j.eururo.2016
- Ngô Quốc Đạt.** Áp dụng điểm Gleason trong chẩn đoán carcinom tuyến của Tuyến tiền liệt. Trường Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2006.
- Lê Văn Kỳ.** Đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán ung thư biểu mô. Accessed September 28, 2022.
- Phạm Quốc Thăng NST, Phan Đặng Anh Thư và cộng sự.** Áp dụng hệ thống phân loại Gleason theo ISUP 2014 trong chẩn đoán Carcinom tuyến tiền liệt.
- Jiang Z, Woda BA.** Diagnostic utility of α -methylacyl CoA racemase (P504S) on prostate needle biopsy. Adv Anat Pathol. 2004;11(6):316-321.
- Hashmi AA, Khan EY, Irfan M, et al.** ERG oncoprotein expression in prostatic acinar adenocarcinoma; clinicopathologic significance. BMC Res Notes. 2019;12(1):35. doi:10.1186/s13104-019-4090-x