

xung quanh lần lượt ở 3/15 bệnh nhân và 9/12 bệnh nhân. Hong và cộng sự [13] thấy ổ áp xe có thành mỏng và nhẵn ở 16/16 bệnh nhân lao khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 3/7 bệnh nhân có áp xe kèm phù nề phần mềm quanh khớp.

V. KẾT LUẬN

Lao khớp là bệnh lý quan trọng đòi hỏi phải phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Tổn thương lao khớp thường khó biệt được với các bệnh lý khớp khác bằng lâm sàng, xét nghiệm. Cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm lao khớp trong đó viêm màng hoạt dịch và ăn mòn xương là dấu hiệu thường gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolfgang GL.** Tuberculosis joint infection. Clin Orthop 1978 ;136 :257-63.
2. **Shalini Agarwal, Lalit Mohan, Preeti Lamba, Sanjay Kumar,** Magnetic resonance imaging features of large joint tuberculous arthritis. Indian Journal of Musculoskeletal Radiology; 3(2); 82-87doi: 10.25259/IJMSR_11_2021
3. **Gerlag DM, Tak PP.** How useful are synovial biopsies for the diagnosis of rheumatic diseases? Nat Rev Rheumatol. 2007;3(5):248-249. doi: 10.1038/ncprheum0485.
4. **Parker RH, Pearson CM.** A simplified synovial biopsy needle. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology. 1963; 6(2):172-176.
5. **Kelly S, Humby F, Filer A, et al.** Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients. Annals of the rheumatic diseases. 2015;74(3):611-617.
6. **Sawhani V, Chandra T, Mishra RN, Aggarwal A, Jain UK, Gujral RB.** MRI features of tuberculosis of peripheral joints. Clin Radiol 2003 ;58 :755-62.
7. **Sitt J, Griffith JF, Lai FM, et al.** Ultrasound-guided synovial Tru-cut biopsy: indications, technique, and outcome in 111 cases. European radiology. 2017;27(5):2002-2010.
8. **Prakash M, Gupta P, Dhillon MS, Sen RK, Khandelwal N.** Magnetic resonance imaging findings in tubercular arthritis of elbow. Clin Imaging 2016;40:114-8.
9. **Choi JA, Koh SH, Hong SH, Koh YH, Choi JY, Kang HS.** Rheumatoid arthritis and tuberculous arthritis : Differentiating MRI features. AJR Am J Roentgenol 2009 ;193 :1347-53.
10. **Graif M, Schweitzer ME, Deely D, Matteucci T.** The septic versus nonseptic inflamed joint: MRI characteristics. Skeletal radiology. 1999 ; 28(11):616-620.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ GIÁ TRỊ CỦA DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH AMACR TRÊN MẢNH SINH THIẾT KIM UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TIỀN LIỆT

Trần Ngọc Dũng¹, Đặng Thái Trà¹, Phạm Văn Thịnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến tiền liệt theo thang điểm Gleason và vai trò của dấu ấn hóa mô miễn dịch AMACR trong chẩn đoán. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 65 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tuyến tiền liệt được sinh thiết kim tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2019 đến tháng 3/2022. Nhận xét một số đặc điểm về tuổi, nồng độ PSA toàn phần (tPSA). Phân tích các dữ liệu mô bệnh học và sự bộc lộ của dấu ấn AMACR thu được. **Kết quả:** Đa số các BN có điểm Gleason cao. Cấu trúc mô bệnh học thường gặp là tuyến kém biệt hóa, ổ đặc, hình sàng hoặc tuyến vi nang hợp nhau. Xâm nhập quanh sợi thần kinh gặp nhiều nhất. Dấu ấn AMACR có độ nhạy (92,3%) và độ đặc hiệu (76,9%). Không tìm thấy mối

liên quan có ý nghĩa giữa sự bộc lộ dấu ấn AMACR với điểm Gleason hoặc nồng độ PSA toàn phần (tPSA). **Kết luận:** Thang điểm Gleason và dấu ấn AMACR có giá trị trong việc chẩn đoán, cũng như tiên lượng ở bệnh nhân UTTTL.

Từ khóa: ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, dấu ấn AMACR (P504S), thang điểm Gleason.

SUMMARY

RESEARCH ON HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THE SIGNIFICANCE OF AMACR IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS IN PROSTATE CARCINOMA BIOPSIES

Objective: to evaluate the histopathological features of prostate carcinoma based on the Gleason scale and to investigate the diagnostic value of the AMACR marker. **Subjects and methods:** A retrospective analysis was conducted on 65 patients who received needle biopsies for prostate carcinoma at 103 Military Hospital between May 2019 and March 2022. Observe several characteristics related to age, total PSA concentration (tPSA), analysis of histopathological data, and the expression of the AMACR marker that has been obtained. **Results:** Most

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Dũng

Email: tranngocdung_gpb@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023

patients had high Gleason scores and the predominant histopathological structures were poorly differentiated, solid, ethmoid, or microcystic glands with perineural invasion being the most common. The AMACR marker demonstrated high sensitivity (92.3%) and specificity (76.9%) in diagnosis, although no significant correlation was observed between AMACR marker expression and Gleason score or total PSA levels. **In conclusion**, the Gleason score and the AMACR marker are valuable for diagnosis and prognosis in patients with prostate carcinoma.

Keywords: Prostate carcinoma, AMACR (P504S) marker, Gleason score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là bệnh lý ác tính thường gặp ở nam giới, trên 50 tuổi. UTTTL đứng hàng thứ 11 trong các loại ung thư phổ biến với 3.959 ca mới mắc và có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 13 với 1.873 ca tử vong theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) năm 2016 [1]. Tuy nhiên, UTTTL có thể được điều trị hiệu quả và cải thiện chất lượng sống của người bệnh, nếu bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, khi khối u vẫn còn nằm ở phía bên trong lớp vỏ bao của tuyến tiền liệt. Về đặc điểm mô bệnh học, UTTTL thường gây khó khăn cho việc chẩn đoán vì dễ gây nhầm lẫn với một số tổn thương lành tính như tân sản nội biểu mô, quá sản tuyến không điển hình [1], [2]. Chính vì vậy, để xác định đúng tip mô bệnh học, phân độ mô học khối u một cách chính xác, việc áp dụng bảng phân loại của TCYTGG 2016 với đánh giá thang điểm Gleason theo các tiêu chuẩn mô bệnh học đã được thống nhất là rất cần thiết. 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, khi đó, cần áp dụng kỹ thuật hóa mô miễn dịch (HMMD) bổ trợ [2], [3]. Dấu ấn AMACR (α-methylacyl coenzyme A racemase), còn được gọi là P504S, rất hữu ích trong sinh thiết kim tuyến tiền liệt, khi cần chẩn đoán phân biệt ung thư biểu mô nguyên phát với mô lành tính của tuyến tiền liệt. Dấu ấn AMACR có độ nhạy cao (82-100%) và độ đặc hiệu cao (trên 90%) đối với ung thư biểu mô tuyến tiền liệt vì mô tuyến tiền liệt lành tính liền kề với ung thư cho thấy nhuộm AMACR âm tính [2]. Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu ung thư tuyến tiền liệt thuộc về điều trị nội khoa, ngoại khoa, xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt... Các nghiên cứu mô bệnh học, hóa mô miễn dịch chưa nhiều. Xuất phát từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 65 BN được sinh thiết kim TTL dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng và được chẩn đoán xác định là UTBM TTL tại Khoa Giải Phẫu Bệnh, Bệnh viện Quân y 103 từ 5/2019 đến 03/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Lấy mẫu toàn bộ, chọn mẫu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thu thập thông tin tuổi, nồng độ PSA toàn phần trong huyết thanh (tPSA), một số đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của dấu ấn AMACR trên BN UTBM TTL.

Xác định tình trạng bộc lộ dấu ấn AMACR

+ Chuẩn bị mẫu mô đúc nên được cố định bởi formalin trung tính 10%.

+ Nhuộm hóa mô miễn dịch trên máy Bondmax của Leica với kháng thể đơn dòng kháng AMACR (EPMU1) của Leica (Đức) và các hóa chất cơ bản khác.

+ Đánh giá kết quả: Sự bộc lộ của dấu ấn AMACR được đánh giá trong bào tương của tế bào ác tính. Kết quả nhuộm dương tính khi bào tương của các tế bào bắt màu vàng (màu DAB) rõ ràng. Đánh giá mức độ dương tính dựa vào tỷ lệ % số lượng tế bào dương tính, mà không phụ thuộc vào cường độ dương tính [3].

Âm tính: 0% tế bào u dương tính

Dương tính nhẹ 1+: 1-10% tế bào u dương tính.

Dương tính vừa 2+: 11-50% tế bào u dương tính.

Dương tính mạnh 3+: >50% tế bào u dương tính.

Từ kết quả bộc lộ của dấu ấn AMACR, lập bảng 2x2 so với chuẩn vàng là kết quả xét nghiệm mô bệnh học. Tính các chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu theo các công thức:

AMACR	Lành tính	UTTTL	Tổng
(+)	a	b	a+b
(-)	c	d	c+d
Tổng	a+c	b+d	

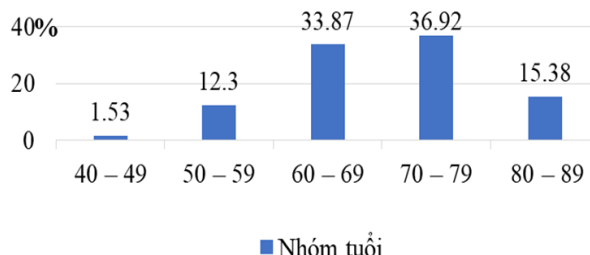
$$+ \text{Độ nhạy} = \frac{b}{b+d}$$

$$+ \text{Độ đặc hiệu} = \frac{c}{a+c}$$

***Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 22.0. Với các biến phân loại được thể hiện bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Đánh giá mối liên quan giữa bộc lộ dấu ấn AMACR với điểm Gleason và giá trị tPSA bằng kiểm định Chi-square và Fisher's exact. Kiểm định có giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

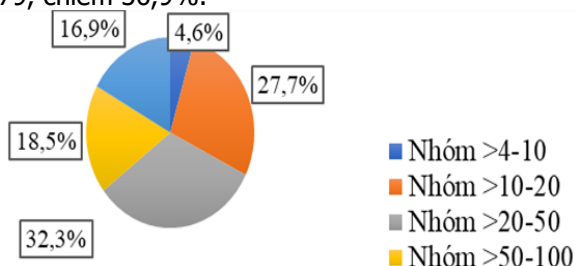
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân



Biểu đồ 1: Phân bố tuổi bệnh nhân

BN có độ tuổi từ 45-87, tuổi trung bình là $69,5 \pm 9,754$. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 70-79, chiếm 36,9%.



Biểu đồ 2: Nồng độ tPSA của BN

Nồng độ tPSA trung bình là 84,17 ng/ml, trung vị là 31,92ng/ml, nồng độ thấp nhất là 6,48ng/ml, nồng độ cao nhất là 920 ng/ml. Trong NC này, 21 trường hợp có tPSA trong nhóm >20-50 ng/ml, chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,3%. Không có trường hợp nào có $tPSA \leq 4$ ng/ml.

3.2. Một số đặc điểm vi thể

Bảng 1: Tỷ lệ cấu trúc mô bệnh học

Cấu trúc mô bệnh học	n (%)
Tuyến kém biệt hoá	29 (44,6)
Ố đặc	26 (40,0)
Hình sàng	25 (38,5)
Tuyến vi nang hợp nhau	20 (30,8)
Tế bào đơn lẻ	21 (32,3)
Dạng dây	19 (29,2)
Màng đặc	16 (24,6)
Tế bào giống nhân	15 (23,1)
Cầu thận	3 (4,6)
Hoại tử trứng cá	1 (1,5)
Giống UTBM tế bào thận	0 (0,0)

Cấu trúc mô bệnh học thường gặp nhất là tuyến kém biệt hoá (44,6%), ổ đặc (40%), hình sàng (38,5%) và gặp ít nhất ở các cấu trúc hoại tử trứng cá chỉ với 1 trường hợp (1,5%) và không gặp trường nào có cấu trúc giống UTBM tế bào thận.

Bảng 2: Phân bố điểm Gleason

Điểm Gleason	Độ ISUP	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)	
6	3+3	I	8	12,31
7	3+4	II	13	20,00

	4+3	III	5	5	7,69
8	4+4	IV	12	14	21,53
	3+5		2		
	5+3		0		
9	4+5	V	15	22	33,85
	5+4		7		
10	5+5		3	3	4,62
Tổng			65	65	100%

Phần lớn các trường hợp có điểm Gleason cao, nhóm Gleason 9 điểm chiếm tỉ lệ cao nhất, với 33,85%. Nhóm Gleason 7 điểm và nhóm Gleason 8 điểm chiếm tỉ lệ lần lượt là 27,69% và 21,53%. Điểm Gleason thấp nhất là 6 điểm, chiếm 12,31%. Chỉ 4,62% BN có 10 điểm Gleason. Theo phân độ ISUP 2014, Nhóm độ cao (IV-V) chiếm chủ yếu, với 60%.

Bảng 3: Tỷ lệ xâm lấn thần kinh, mạch máu và mô xung quanh của tế bào u

Tình trạng xâm lấn	n	%	
Không xâm lấn	45	69,23	
Xâm lấn (20 trường hợp)	Quanh sợi TK	17	26,15
	Mạch	5	7,7
	Mỡ quanh TTL	2	3,08
	Trực tràng	0	0

20 trường hợp có tính chất xâm nhập, chiếm 30,77%. Trong đó, u xâm nhập quanh sợi thần kinh gặp nhiều nhất 26,15%, tiếp đến là xâm nhập mạch chiếm 7,7% và xâm nhập mô mỡ quanh TTL chiếm 3,08%. Không có trường hợp có xâm nhập thành trực tràng trong nghiên cứu.

3.3. Đặc điểm bộc lộ của dấu ấn hóa mô miễn dịch AMARC (P504S) và một số mối liên quan

Bảng 4: Sự bộc lộ dấu ấn AMARC (P504S)

AMACR	Lành tính	UTTTL	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
(+)	3	60	92,3%	76,9%
(-)	10	5		
Tổng	13	65		

Có 60/65 trường hợp UTTTL bộc lộ với dấu ấn AMARC. Trong 13 trường hợp lành tính, có 3 trường hợp bộc lộ với dấu ấn AMARC (23,1%). Qua đó cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 92,3% và 76,9%.

Bảng 5: Mối liên quan giữa sự bộc lộ AMARC và điểm Gleason

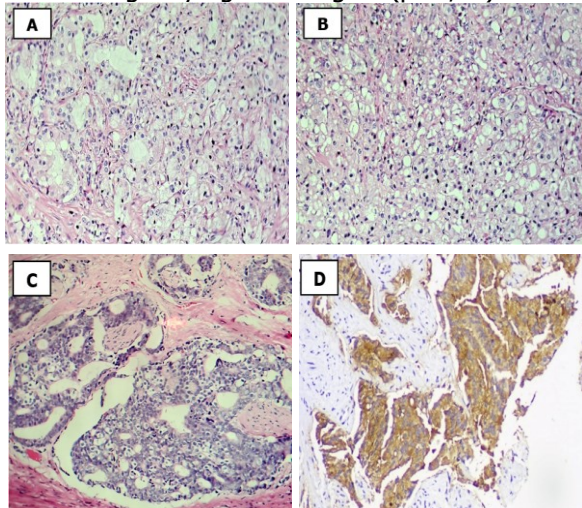
Sự bộc lộ AMARC (%)	Điểm Gleason			Tổng	P
	6	7	8 - 10		
0	1	2	2	5	P>0,05
1+ (1-10)	1	2	1	4	
2+ (11-50)	2	6	3	11	
3+ (>51)	4	8	33	45	
Tổng	8	18	39	65	

Trong 65 trường hợp NC, số trường hợp dương tính (3+) có 45 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,2%. Và trong tất cả các nhóm điểm Gleason thì số lượng trường hợp dương tính AMARC và điểm Gleason không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 6: Liên quan giữa AMARC và tPSA

Sự bộc lộ AMARC	Nồng độ tPSA					Tổng	P
	>4-10	>10-20	>20-50	>50-100	>100		
0	0	2	0	2	1	5	P>0,05
1+	1	0	0	1	2	4	
2+	1	3	4	1	2	11	
3+	1	14	17	8	5	45	
Tổng	3	19	21	12	10	65	

Trong 45 trường hợp dương tính (3+), có 17 trường hợp tPSA>20-50ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,8% và chỉ 1 trường hợp có tPSA>4-10ng/ml. Mỗi liên quan giữa sự bộc lộ AMARC và tPSA không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).



Hình 1. Ảnh chụp vi thể

- A. UTBM tuyến kém biệt hóa, Gleason độ IV (HE x200).
- B. UTBM tuyến nang dạng ổ đặc, Gleason độ V (HE x200).
- C. U xâm nhập quanh sợi thần kinh (HE x100).
- D. Sự bộc lộ của dấu ấn AMACR (HMMD x100).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu này cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $69,5 \pm 9,754$ và đa số các trường hợp xảy ra ở độ tuổi 60-80 tuổi [4], [5]... Nồng độ tPSA trung bình trong nghiên cứu là 84,17 ng/ml, rất cao và chênh lệch so với một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Tuy nhiên, điều này có thể giải thích bởi

việc nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu đều trong giai đoạn tiến triển, thể tích khối u lớn hoặc kết hợp với viêm nhiễm lâu ngày. Tầm soát UT TTL trong cộng đồng bằng đo nồng độ tPSA có thể giúp giảm các chỉ số liên quan đến tiên lượng bệnh như: nồng độ tPSA, thể tích u, khối u sờ thấy được qua khám trực tràng.

4.2. Một số đặc điểm vi thể

Trong NC của chúng tôi, phần lớn các BN có điểm Gleason cao, trong đó Gleason 9 điểm chiếm chủ yếu, với 33,85%. Các mẫu mô được đánh giá phân độ dựa theo mức độ biệt hóa của tuyến nang. Gleason 9 điểm tương ứng với tổn thương mô bệnh học thiếu thành phần tuyến (>95%), các cấu trúc tuyến không rõ ràng, hoặc hợp nhất, tuyến hình sàng hoặc tuyến dạng cầu thận. Trong NC, đa phần nhóm Gleason 9 điểm là dạng 4+5, hơn là 5+4. Theo ISUP 2014, nhóm Gleason 9 điểm, cũng tương ứng nhóm độ V, là nhóm có khả năng lan tràn, di căn, khả năng đáp ứng điều trị, cũng như tiên lượng bệnh rất kém [1]. Trong NC, nhóm độ cao (IV-V theo ISUP 2014), tương ứng điểm Gleason từ 8-10 chiếm tỷ lệ cao nhất 60%. Kết quả này tương đối phù hợp với một số nghiên cứu trong nước của Lê Văn Kỳ 61,2% [5] và Phạm Quốc Thắng 61,4% và cao hơn hẳn so với các tác giả khác trên thế giới. Điều này có thể giải thích do bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn, chương trình tầm soát UT TTL của nước ta còn hạn chế. Ngoài ra, NC của chúng tôi có sự khác biệt với NC của Nguyễn Văn Hưng (nhóm Gleason từ 5-7 chiếm tỷ lệ cao nhất) [4]. Điều này có thể giải thích là do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả áp dụng trên bệnh phẩm phẫu thuật nên có thể lấy được cả ba vùng trung tâm, chuyển tiếp và ngoại biên (theo phân vùng của McNeal), còn nghiên cứu của chúng tôi trên các mẫu sinh thiết kim TTL qua đường trực tràng, do đó chủ yếu chỉ lấy được những tổn thương ở vùng ngoại biên, hiếm khi lấy được mô TTL ở vùng chuyển tiếp và vùng trung tâm, mà đa số các trường hợp điểm Gleason thấp là xảy ra ở vùng trung tâm và chuyển tiếp [4],[5]. Một lý do khác, chúng tôi áp dụng hệ thống tính điểm Gleason mới, theo WHO 2016 cho sinh thiết kim, với nhiều điểm thay đổi trong cách tính điểm. Thứ nhất, điểm Gleason là tổng của mẫu có diện tích lớn nhất và mẫu có độ mô học cao nhất. Thứ hai, mẫu cấu trúc mô học Gleason chỉ từ 3-5 và các cấu trúc hình sàng và cầu thận đều được xếp vào mẫu cấu trúc 4 thay vì 3 hoặc 4 như trước đây [1],[3].

Trong NC của chúng tôi, UTBM tuyến nang vẫn chiếm chủ yếu, với các đặc điểm mô bệnh học chính là cấu trúc ổ đặc, mặt sàng, tuyến vi nang hợp nhau hoặc tuyến kém biệt hóa. Đặc điểm xâm nhập quanh sợi thần kinh gặp nhiều hơn xâm nhập mạch hoặc xâm nhập mô mỡ quanh tuyến. Các đặc điểm mô bệnh học khác có số lượng không đáng kể. Việc đánh giá đúng các cấu trúc mô bệnh học giúp phân độ Gleason thêm chính xác.

4.3. Đặc điểm bộc lộ của dấu ấn hóa mô miễn AMARC (P504s) và một số mối liên quan. Trong NC của chúng tôi, sự bộc lộ của AMARC có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 92,3% và 76,9%, tương tự với kết quả NC của các tác giả Lê Văn Kỳ (95,1% và 92,5%) [5]; Jiang và cs (100% và 88%)[6]; Rubin và cs (97% và 100%)[7]. Sự biểu hiện của AMARC là tăng đáng kể trong UTTTL ($P < 0,001$) khi so sánh với tổn thương lành tính. Kết quả này là tương tự với các nghiên cứu của Rubin và CS [7]. Jiang và CS cũng tìm thấy sự bộc lộ rất cao của AMARC trong UTTTL so với các tổn thương lành tính của TTL ($P < 0,001$) [5].

NC này không cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ dương tính của AMARC với điểm Gleason và nồng độ tPSA ($p > 0,05$), phù hợp với các NC của Rubin và CS, Ozgur và CS [7]. Molinié và CS kết luận rằng, AMARC chỉ phản ứng ở 2% các tuyến bình thường (4/260) với sự dương tính yếu, dạng ổ và 97% UTTTL cho thấy hình ảnh nhuộm không đồng nhất từ yếu hoặc trung bình đến mạnh, độc lập với điểm Gleason và kỹ thuật cố định [8]. Biwas và CS đã phân chia điểm cho AMARC và không tìm thấy mối quan hệ giữa AMARC và điểm Gleason, giai đoạn mô bệnh học, tuổi bệnh nhân, hoặc nồng độ tPSA huyết thanh (Kruskal-Wallis, $P = 0,05$) [2].

Nhiều NC cũng cho thấy việc kết hợp giữa dấu ấn AMARC và các dấu ấn để xác định sự có mặt của tế bào đáy đã giúp chẩn đoán đa số các trường hợp nghi ngờ. Trong NC của Molinié và CS, khi sử dụng kết hợp giữa AMARC và P63 đã giúp khẳng định đến 89% các trường hợp nghi ngờ trên hình ảnh mô bệnh học thông thường [8]. NC cũng cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán dương tính và giá trị chẩn đoán âm tính tăng lên rất nhiều so với chỉ dùng mình dấu ấn P63 hoặc CK5/6 [8]. Qua các NC cho thấy lợi ích của dấu ấn AMARC trong hỗ trợ chẩn đoán xác định những trường hợp mô bệnh học nghi ngờ ung thư, đặc biệt khi kết hợp cùng các dấu

ấn cho tế bào đáy.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BN ung thư biểu mô tuyến tiền liệt tăng dần theo tuổi. Nồng độ tPSA rất cao.

- Đa số các bệnh nhân có điểm Gleason cao, nhóm Gleason 9 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong đó, cấu trúc mô bệnh học thường gặp là tuyến kém biệt hóa, ô đặc, hình sàng hoặc tuyến vi nang hợp nhau. Xâm nhập quanh sợi thần kinh gặp nhiều hơn xâm nhập mạch hoặc xâm nhập mô mỡ quanh TTL.

- Dấu ấn AMACR có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 92,3% và 76,9% trong chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến tiền liệt. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa sự bộc lộ dấu ấn AMACR với điểm Gleason hoặc nồng độ PSA toàn phần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Epstein, J. I., Egevad, L., Amin, M. B., Delahunt, B., Srigley, J. R., & Humphrey, P. A. (2016). The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on Gleason grading of prostatic carcinoma. *The American journal of surgical pathology*, 40(2), 244-252.
2. Biswas, S., & Talukdar, M. (2019). Diagnostic utility of AMACR expression to Differentiate Prostate Carcinoma From Benign Hyperplasia Of Prostate-A Hospital Based Cross-Sectional Study. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 8(18), NA-NA.
3. Warrick, J. I., & Humphrey, P. A. (2013). Foamy gland carcinoma of the prostate in needle biopsy: incidence, Gleason grade, and comparative α -methylacyl-CoA racemase vs. ERG expression. *The American Journal of Surgical Pathology*, 37(11), 1709-1714.
4. Nguyễn Văn Hưng (2005), Nghiên cứu mô bệnh học quả sản lành tính, tân sản nội biểu mô và ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Lê Văn Kỳ (2016), Đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến tiền liệt trên sinh thiết kim, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Jiang, Z., Woda, B. A., Rock, K. L., Xu, Y., Savas, L., Khan, A.,... & Fanger, G. R. (2001). P504S: a new molecular marker for the detection of prostate carcinoma. *The American journal of surgical pathology*, 25(11), 1397-1404.
7. Rubin, M. A., Zhou, M., Dhanasekaran, S. M., Varambally, S., Barrette, T. R., Sanda, M. G., ... & Chinnaiyan, A. M. (2002). α -Methylacyl coenzyme A racemase as a tissue biomarker for prostate cancer. *Jama*, 287(13), 1662-1670.
8. Molinié, V., Fromont, G., Sibony, M., Vieillefond, A., Vassiliu, V., Cochand-Priollet, B., ... & Baglin, A. C. (2004). Diagnostic utility of a p63/ α -methyl-CoA-racemase (P504S) cocktail in atypical foci in the prostate. *Modern Pathology*, 17(10), 1180-1190.