

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The European IVF-Monitoring Consortium (EIM)**, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Kupka M.S. và cộng sự. (2016). Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE+. Human Reproduction, 31(2), 233–248.
2. **Wilcox A.J., Baird D.D., và Weinberg C.R.** (1999). Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. N Engl J Med, 340(23), 1796–1799.
3. **RESULTS - Frozen-Thawed Embryo Transfer - IVF-Worldwide.** <<https://ivf-worldwide.com/survey/frozen-thawed-embryo-transfer/results-frozen-thawed-embryo-transfer.html>>, accessed: 18/04/2023.
4. **Sakkas D. và Gardner D.K.** (2017). Evaluation of embryo quality Analysis of morphology and physiology. Textbook of Assisted Reproductive Techniques. 5, CRC Press.
5. **Agha-Hosseini M., Hashemi L., Aleyasin A. và cộng sự.** (2018). Natural cycle versus artificial cycle in frozen-thawed embryo transfer: A randomized prospective trial. Turk J Obstet Gynecol, 15(1), 12–17.
6. **Mumusoglu S., Polat M., Ozbek I.Y. và cộng sự.** (2021). Preparation of the Endometrium for Frozen Embryo Transfer: A Systematic Review. Front Endocrinol (Lausanne), 12, 688237.
7. **Cardenas Armas D.F., Peñarrubia J., Goday A. và cộng sự.** (2019). Frozen-thawed blastocyst transfer in natural cycle increase implantation rates compared artificial cycle. Gynecol Endocrinol, 35(10), 873–877.
8. **Pape J., Levy J., và von Wolff M.** (2022). Early pregnancy complications after frozen-thawed embryo transfer in different cycle regimens: A retrospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 279, 102–106.
9. **Pape J., Levy J., và von Wolff M.** (2023). Hormone replacement cycles are associated with a higher risk of hypertensive disorders: Retrospective cohort study in singleton and twin pregnancies. BJOG, 130(4), 377–386.
10. **Conrad K.P.** (2011). Maternal vasodilation in pregnancy: the emerging role of relaxin. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol, 301(2), R267-275.

TẦN SUẤT TÁI PHÁT CỦA UNG THƯ VÒI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Khánh Duy¹, Võ Minh Tuấn¹, Võ Thanh Nhân²,
Trần Minh Lộc², Cao Hữu Thịnh³, Bùi Lâm Thương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vòi tử cung (UTVTC) là loại ung thư phụ khoa hiếm gặp, tuy nhiên tỉ lệ mới mắc hiện nay đang có xu hướng tăng. Mặc dù được quản lý tương tự như ung thư biểu mô buồng trứng nhưng UTVTC có nguy cơ tái phát cao hơn và tiên lượng xấu. Việc xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC là cần thiết, từ đó giúp cho bác sĩ lâm sàng có thêm thông tin để tư vấn người bệnh và cải thiện kết cục điều trị. **Mục tiêu:** Xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 47 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ từ 01/2015 – 07/2022. **Kết quả:** Thời gian theo dõi có trung vị là 40 tháng (phạm vi, 7 - 96 tháng). Nghiên cứu ghi nhận có 8 người bệnh (17,0%) tái phát. Tần suất tái phát tích lũy của UTVTC tại thời điểm 12 tháng là 4,4% (KTC 95% 1,12 - 16,45), 24 tháng là 9,1% (KTC 95% 3,52 - 22,5), 36 tháng là 14,9% (KTC

95% 6,92 - 30,41), 48 tháng là 19,3% (KTC 95% 9,35 - 37,24) và 60 tháng là 25,7% (KTC 95% 12,68 - 47,88). Trong mô hình phân tích đa biến, những yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC được ghi nhận gồm tăng CA 125 trước điều trị (< 35 U/mL so với ≥ 35 U/mL, HR 36,9, KTC 95% 1,47 - 921,37), giai đoạn bệnh tiến triển (giai đoạn I - II so với giai đoạn III, HR 6,61, KTC 95% 1,18 - 36,93) và phẫu thuật giảm khối không đạt được tối ưu (bệnh tồn dư ≤ 1 cm so với bệnh tồn dư > 1 cm, HR 7,52, KTC 95% 1,47 - 38,49). **Kết luận:** Tần suất tái phát chung của UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ là 17%. Tăng CA 125 trước điều trị, giai đoạn bệnh tiến triển và phẫu thuật giảm khối không đạt được tối ưu là những yếu tố nguy cơ chính liên quan đến tái phát của UTVTC.

Từ khóa: Ung thư vòi tử cung, tái phát, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

RECURRENCE RATE OF PRIMARY FALLOPIAN TUBE CANCER AT TU DU HOSPITAL

Background: Primary fallopian tube carcinoma (PFTC) is a rare gynecological cancer, but its incidence is currently increasing. While the management is similar to epithelial ovarian cancer, PFTC has a higher risk of recurrence and poor prognosis. Therefore, it is important to identify the recurrence rate and prognostic factors associated with recurrence, which will help in providing patients with informed counseling and planning effective treatment strategies to improve

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Từ Dũ TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện An Sinh TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominh tuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023

clinical outcomes. **Objective:** This study aimed to determine the recurrence rate and related risk factors of PFTC at Tu Du Hospital. **Methods:** We conducted a retrospective cohort study of 47 patients with histopathological diagnosis of PFTC treated at Tu Du Hospital between January 2015 and July 2022. **Results:** The median follow-up period was 40 months (range, 7 – 96 months). Eight patients (17.0%) experienced recurrence. The cumulative recurrence rate of PFTC patients at 12 months was 4.4% (95% CI 1.12 – 16.45), at 24 months was 9.1% (95% CI 3.52 – 22.5), at 36 months was 14.9% (95% CI 6.92 – 30.41), at 48 months was 19.3% (95% CI 9.35 – 37.24), and at 60 months was 25.7% (95% CI 12.68 – 47.88). In the multivariate model, a higher recurrence rate was significantly associated with elevated pretreatment CA 125 level (< 35 U/mL vs ≥ 35 U/mL, HR 36.9, 95% CI 1.47 – 921.37), advanced FIGO stages (stage I–II vs stages III, HR 6.61, 95% CI 1.18 – 36.93), and suboptimal debulking surgery (residual disease ≤ 1 cm vs residual disease > 1cm, HR 7.52, 95% CI 1.47 – 38.49). **Conclusion:** The overall recurrence rate of PFTC patients at Tu Du Hospital was 17%. Elevated pretreatment CA 125 level, advanced FIGO stages, and suboptimal debulking surgery were main factors associated with recurrence.

Keywords: Primary fallopian tube carcinoma, recurrence, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòi tử cung (UTVTC) là loại ung thư phụ khoa hiếm gặp, chiếm khoảng 0,14 – 1,8% các khối u ác tính ở đường sinh dục nữ. Mặc dù vậy, những nghiên cứu dịch tễ học trong thập kỷ qua ghi nhận tỷ lệ mới mắc UTVTC đang có xu hướng gia tăng. Số liệu thống kê từ Viện Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ giai đoạn năm 2001 – 2014 ghi nhận tỷ lệ mới mắc UTVTC đã tăng gấp 4,2 lần, với khoảng 300 – 400 trường hợp được báo cáo hàng năm ⁷. Mặc dù cơ chế bệnh sinh của UTVTC vẫn chưa được biết rõ, nhưng những bằng chứng từ mô bệnh học, di truyền và sinh học phân tử gần đây cho thấy 80% các khối u được phân loại là ung thư dịch trong độ mô học cao của buồng trứng hoặc phúc mạc có thể có nguồn gốc từ vòi tử cung. Vì vậy, tỷ lệ mới mắc UTVTC có thể đã bị đánh giá thấp hơn so với thực tế. Hiện nay tuy được quản lý tương tự như ung thư biểu mô buồng trứng, nhưng UTVTC có nguy cơ tái phát cao hơn (khoảng 20 – 43%). Hầu hết xảy ra trong vòng 3 năm sau điều trị ban đầu và có tiên lượng xấu do thiếu phương thức điều trị hiệu quả ⁴.

Theo số liệu thống kê hàng năm tại Khoa Ung Bướu Phụ Khoa của Bệnh viện Từ Dũ, số lượng người bệnh UTVTC được ghi nhận tăng dần trong những năm gần đây, với 6 trường hợp năm 2015 và 13 trường hợp năm 2020. Mặc dù tỉ lệ mới mắc ngày càng gia tăng cùng với tần suất

tái phát cao và tiên lượng xấu, tuy nhiên hầu như hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu về UTVTC tại Việt Nam nói chung và Bệnh viện Từ Dũ nói riêng. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tần suất và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC, từ đó có thêm thông tin tư vấn người bệnh và cải thiện kết cục điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh UTVTC được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ từ ngày 01/2015 đến ngày 07/2022.

Tiêu chuẩn nhận vào: Người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh là UTVTC được điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ từ ngày 01/2015 đến ngày 07/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTVTC thứ phát, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin thu thập số liệu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ hồi cứu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu sống còn:

$$\frac{2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\ln(HR)^2}$$

$$\text{Số ca tái phát tối thiểu} \geq \quad (1)$$

$$\frac{\text{Số ca tái phát tối thiểu}}{\text{Tỉ lệ tái phát chung}}$$

$$\text{Cỡ mẫu} = \quad (2)$$

Trong đó, HR (Hazard ratio) là tỷ số nguy hại. Chọn $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,1$.

Theo nghiên cứu của Shamshirsaz và cộng sự (2011), giai đoạn bệnh III – IV làm tăng nguy cơ tái phát lên 8,93 lần so với giai đoạn I – II⁸. Thay HR = 8,93 vào công thức (1), số ca tái phát tối thiểu n là 5. Với tỷ lệ tái phát chung khoảng 20 – 43%^{1,2}. Thay vào công thức (2), như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 25 ca, trong đó có tối thiểu 5 ca UTVTC tái phát.

Biên số nghiên cứu:

• **Tiêu chuẩn chẩn đoán UTVTC:** Tiêu chuẩn chẩn đoán UTVTC trên mô bệnh học tại Bệnh viện Từ Dũ được định nghĩa như sau: Phần lớn khối u xuất phát từ vòi tử cung; hình ảnh mô bệnh học xuất phát từ lớp biểu mô vòi tử cung; có sự hiện diện vùng chuyển tiếp giữa lớp biểu mô lành và ác tính; buồng trứng, nội mạc tử cung bình thường hoặc chứa ít khối u hơn so với vòi tử cung. Chúng tôi ghi nhận biến số UTVTC theo kết quả giải phẫu bệnh.

• **Tiêu chuẩn chẩn đoán UTVTC tái phát:** Tại Bệnh viện Từ Dũ, người bệnh được chẩn

đoán là UTVTC tái phát khi: Người bệnh có kết quả GPB là UTVTC, đã điều trị có đáp ứng hoàn toàn, được xuất viện và trong thời gian theo dõi ngoại trú sau xuất viện có: (i) tăng CA 125 thỏa tiêu chuẩn của Rustin, hoặc (ii) khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ tái phát, hoặc (iii) có kết quả giải phẫu bệnh là UTVTC tái phát ở người bệnh được điều trị phẫu thuật. Tiêu chuẩn Rustin trong chẩn đoán ung thư tái phát được định nghĩa như sau: (i) Nồng độ CA 125 ≥ 2 lần giá trị trên của bình thường ít nhất trong 2 lần thử (cách nhau ít nhất 1 tuần) ở những người bệnh có CA 125 trước phẫu thuật bình thường hoặc tăng nhưng đã về bình thường hoặc (ii) Nồng độ CA 125 ≥ 2 lần giá trị thấp nhất trong ít nhất 2 lần thử (cách nhau ít nhất 1 tuần) ở những người bệnh có nồng độ CA 125 trước phẫu thuật tăng và chưa về bình thường. Chúng tôi ghi nhận biến số tái phát theo chẩn đoán trong hồ sơ bệnh án tại Khoa Ung Bướu Phụ Khoa.

• **Thời gian tái phát (tính theo tháng):** được định nghĩa là thời gian từ lúc người bệnh hoàn thành điều trị, có đáp ứng hoàn toàn đến thời điểm phát hiện bệnh tái phát.

• **Thời gian sống còn không tái phát (tính theo tháng):** tính từ lúc từ lúc người bệnh hoàn thành điều trị, có đáp ứng hoàn toàn đến khi kết thúc nghiên cứu hoặc bỏ theo dõi, hoặc tử vong.

Phương pháp thực hiện:

Thông qua phần mềm quản lý hồ sơ bệnh án tại Khoa Ung Bướu Phụ Khoa và Khoa Giải Phẫu Bệnh, chúng tôi sẽ chọn toàn bộ những ca UTVTC và UTVTC tái phát bắt đầu từ 07/2022 trở về trước thỏa tiêu chuẩn nhận vào cho đến khi đủ mẫu (bao gồm tên người bệnh, năm nhập viện và số nhập viện). Từ những thông tin trên, sẽ lục tìm bệnh án tại Phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Từ Dũ. Chọn những hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, loại bỏ những hồ sơ có tiêu chuẩn loại trừ. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và hồ sơ ngoại trú theo bảng thu thập số liệu bao gồm: thông tin dịch tễ cơ bản, đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, giai đoạn bệnh (theo FIGO 2009), đặc điểm điều trị (phẫu thuật, hóa trị), đáp ứng điều trị, theo dõi sau điều trị: tái phát, thời gian sống còn chưa tái phát, tử vong.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 14. Sử dụng phương pháp bảng sống để ước tính tần suất tái phát tích lũy. So sánh thời gian sống còn giữa các nhóm bằng phép kiểm Log-rank. Sử dụng mô hình hồi quy Cox đơn biến và đa biến để xác định mối liên quan giữa các yếu tố với UTVTC tái phát. Các biến trong mô

hình hồi quy Cox đa biến bao gồm các biến có giá trị $p < 0.25$ trong phân tích đơn biến. Ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Giấy phép y đức: toàn bộ quá trình nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Từ Dũ, giấy chấp thuận số 2223/HĐĐĐ-BVTD ngày 28/11/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2015 – 31/07/2022, có 56 người bệnh UTVTC được ghi nhận. Tuy nhiên có 9 trường hợp mất dấu ngay sau phẫu thuật, chúng tôi đã loại những trường hợp này ra khỏi nghiên cứu. Như vậy, có tổng cộng 47 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nhận vào và không thuộc tiêu chuẩn loại ra được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học.

Trung vị tuổi lúc chẩn đoán của 47 trường hợp UTVTC là 54 tuổi (phạm vi, 28 – 72 tuổi). Có 27/47 (57,5%) người bệnh đã mãn kinh và 5/47 (10,6%) người bệnh chưa từng sinh con. Tất cả các trường hợp UTVTC là ung thư một bên, trong đó bên trái chiếm 61,7%. Về loại mô học, ung thư dạng nội mạc tử cung là dạng mô học thường gặp nhất (27/47 trường hợp, 57,5%), theo sau là ung thư dịch trong (13/37 trường hợp, 27,7%), ung thư không biệt hóa (6/47, 12,8%) và carcinosarcoma (1/47, 2,1%). Hầu hết UTVTC có độ mô học là độ cao (45/47, 95,7%). Về giai đoạn bệnh, có 25/47 (53,2%) người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn I, 16/47 ở giai đoạn II (34,0%), 6/47 người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn III (12,8%) và không có trường hợp nào được chẩn đoán ở giai đoạn IV.

Đặc điểm điều trị. Tất cả người bệnh được phẫu thuật triệt để cắt tử cung hoàn toàn và phần phụ hai bên (47/47, 100%), kết hợp cắt mạc nối lớn trong 51/56 ca (91,1%; 3 ca phát hiện ung thư di căn), nạo hạch chậu trong 8/56 ca (14,3%; 4 ca phát hiện ung thư di căn), nạo hạch cạnh động mạch chủ trong 2/56 ca (3,6%; 1 ca phát hiện ung thư di căn). Phẫu thuật giảm khối đạt được tối ưu (bệnh tồn dư ≤ 1 cm sau phẫu thuật) trong 41 người bệnh (85,7%). Sau phẫu thuật, có 46/47 (97,9%) người bệnh được hóa trị bổ trợ với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. Trong đó, có 32/46 (69,6%) người bệnh được hóa trị 6 chu kỳ, và 14/46 (30,4%) người bệnh được hóa trị 8 chu kỳ. Chỉ có 1 trường hợp người bệnh giai đoạn IA, ung thư dịch trong, độ mô học thấp không điều trị hóa trị bổ trợ.

Đặc điểm tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát. Thời gian theo dõi có trung vị là 40 tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất là 7 tháng và dài nhất là 96 tháng. Trong thời gian theo dõi, nghiên cứu ghi nhận có 8 ca tái phát, và 2 ca tử vong do bệnh tái phát. Vị trí tái phát được ghi nhận ở mòm cắt (n=2, 25%), hạch sau phúc mạc (n=3, 37,5%), cả mòm cắt và hạch sau phúc mạc (n=2, 25%) và hạch cổ (n=1, 12,5%). Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (03/2023), có 43/47 (91,4%) người bệnh còn sống mà không có bằng chứng bị bệnh, 2/47 (4,3%) người bệnh còn sống với bệnh tái phát, và 2/47 (4,3%) trường hợp tử vong. Tần suất tái phát tích lũy của UTVTC tại thời điểm 12 tháng là 4,4% (KTC 95% 1,12 - 16,45), 24 tháng là 9,1% (KTC 95% 3,52 - 22,5), 36 tháng là 14,9% (KTC 95% 6,92 - 30,41), 48 tháng là 19,3% (KTC 95% 9,35 - 37,24) và 60 tháng là 25,7% (KTC 95% 12,68 - 47,88) (bảng 2). Trong mô hình phân tích đơn biến và đa biến (bảng 3), những yếu tố liên quan đến tái phát của UTVTC được ghi nhận gồm tăng CA 125 trước điều trị (< 35 U/mL so với ≥ 35 U/mL, HR 36,9, KTC 95% 1,47 - 921,37), giai đoạn bệnh tiến triển (giai đoạn I - II so với giai đoạn III, HR 6,61, KTC 95% 1,18 - 36,93) và phẫu thuật giảm khối không đạt được tối ưu (bệnh tồn dư ≤ 1 cm so với bệnh tồn dư > 1 cm, HR 7,52, KTC 95% 1,47 - 38,49).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của UTVTC

Đặc điểm	Tổng	Không tái phát (N=39)	Tái phát (N=8)	P*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tuổi				
< 60	37	30 (81.1)	7 (19.9)	0.487
≥ 60	10	9 (90.0)	1 (10.0)	
Thời gian mãn kinh				
< 10 năm	35	29 (82.9)	6 (17.1)	0.936
≥ 10 năm	12	10 (83.3)	2 (16.7)	
Giá trị CA 125				
< 35 U/mL	22	21 (95.5)	1 (4.5)	0.039
≥ 35 U/mL	25	18 (72.0)	7 (28.0)	
Dịch ổ bụng				
Không	33	28 (84.8)	5 (15.2)	0.374
Có	14	11 (78.6)	3 (11.4)	
Vị trí u				
0.713				

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến tái phát

Yếu tố	Thời gian nguy cơ (tháng)	Tái phát n/Tổng	Mô hình hồi quy Cox HR (KTC 95%)			
			Phân tích đơn biến	P*	Phân tích đa biến	P**
Tuổi						
< 60	1452	7/37	1			
≥ 60	441	1/10	0.48 (0.06-3.95)	0.498		

Bên trái	29	24 (82.8)	5 (17.2)	
Bên phải	18	15 (83.3)	3 (16.7)	
Kích thước u				0.142
< 50 mm	9	8 (88.9)	1 (11.1)	
50 – 99 mm	35	29 (82.9)	6 (17.1)	
≥ 100 mm	3	2 (66.7)	1 (33.3)	
Sự nguyên vẹn của u				0.193
Không vỡ	42	36 (85,7)	6 (24,3)	
Vỡ	5	3 (60.0)	2 (40.0)	
Cắt mạc nối lớn				0.759
Không	3	2 (66.7)	1 (33,3)	
Có	44	37 (84.1)	7 (15,9)	
Nạo hạch				
Không	42	35 (83.3)	7 (16.7)	
Có	5	4 (80.0)	1 (20.0)	
Phẫu thuật giảm khối				0.001
Tối ưu	41	37 (90.2)	4 (9.8)	
Không tối ưu	6	2 (33.3)	4 (66.7)	
Loại mô học				0.510
Dịch trong	13	12 (92.3)	1 (7.7)	
Dạng tế bào nội mạc	27	22 (81.4)	5 (18.6)	
Dạng khác	7	5 (71.0)	2 (28.6)	
Giai đoạn bệnh				0.004
I – II	41	36 (87.8)	5 (12.2)	
≥ III	6	3 (50.0)	3 (50.0)	
Số chu kỳ hóa trị				0.761
≤ 6**	33	28 (84.8)	5 (15.2)	
8	14	11 (78.6)	3 (21.4)	

*Giá trị P của phép kiểm Log-rank, **Bảo gồm 1 người bệnh không hóa trị

Bảng 2. Tần suất tái phát tích lũy của UTVTC

Thời gian	Số ca không tái phát	Số ca tái phát	Ước tính tần suất tái phát tích lũy (KTC 95%)
0 – 12	47	2	4.4 (1.12 – 16.45)
12 – 24	42	2	9.1 (3.52 – 22.53)
24 – 26	37	2	14.9 (6.92 – 30.41)
36 – 48	24	1	19.3 (9.35 – 37.24)
48 – 60	14	1	25.7 (12.68 – 47.88)
60 – 72	10	0	25.7 (12.68 – 47.88)
72 – 84	5	0	25.7 (12.68 – 47.88)
84 – 96	1	0	25.7 (12.68 – 47.88)

Thời gian mãn kinh						
< 10 năm	1382	6/35	1			
≥ 10 năm	511	2/12	0.93 (0.19–4.47)	0.936		
Giá trị CA 125						
< 35 U/mL	939	1/22	1		1	
≥ 35 U/mL	954	7/35	6.69 (0.82–54.7)	0.076	36.9 (1.4–921.37)	0.028
Dịch ổ bụng						
Không	1435	5/33	1			
Có	458	3/14	1.89 (0.45–7.99)	0.383		
Vị trí u						
Bên trái	1307	5/29	1			
Bên phải	586	3/18	1.31 (0.30–5.74)	0.714		
Kích thước u						
< 50 mm	335	1/9	1			
50 – 99 mm	1463	6/35	1.45 (0.16–11.29)	0.790		
≥ 100 mm	95	1/3	4.57 (0.19–52.64)	0.416		
Sự nguyên vẹn của u						
Không vỡ	1703	6/42	1		1	
Vỡ	190	2/5	2.76 (0.56–13.75)	0.214	6.39 (0.64–63.84)	0.114
Cắt mạc nội lớn						
Không	180	1/3	1			
Có	1713	7/44	0.72 (0.09–5.95)	0.761		
Nạo hạch						
Không	1639	7/42	1			
Có	254	1/5	1.73 (0.34–8.74)	0.508		
Phẫu thuật giảm khối						
Tốt ưu	1694	4/41	1		1	
Không tốt ưu	199	4/6	7.48 (1.85–30.13)	0.005	7.52 (1.47–38.49)	0.015
Loại mô học						
Dịch trong	327	1/13	1			
Dạng tế bào nội mạc	1332	5/27	1.22 (0.14–10.90)	0.858		
Dạng khác	234	2/7	2.97 (0.2–33.10)	0.376		
Giai đoạn bệnh						
I – II	1731	5/41	1		1	
≥ III	162	3/6	6.64 (1.4–39.09)	0.014	6.61 (1.18–36.93)	0.031
Số chu kỳ hóa trị						
≤ 6	1094	5/33	1			
8	799	3/14	0.79 (0.18–3.56)	0.762		

KTC: Khoảng tin cậy, *P mô hình hồi quy COX đơn biến, **P mô hình hồi quy COX đa biến

IV. BÀN LUẬN

Các báo cáo y văn trước đây ghi nhận độ tuổi phổ biến nhất đối với UTVTC là từ 40 đến 65 tuổi (tuổi trung bình là 55 tuổi), bệnh chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh. Hầu hết các trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (giai đoạn I - II) do tỉ lệ biểu hiện triệu chứng cao dẫn đến người bệnh đi khám sớm. Về mô học, ung thư dịch trong là loại mô học phổ biến nhất, chiếm 45% đến 90% các trường hợp, tiếp theo là ung thư dạng nội mạc tử cung và các loại hiếm gặp khác. Hầu hết là ung thư có độ mô học cao⁴. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các báo cáo y văn trước đây với trung vị tuổi lúc

chẩn đoán của người bệnh là 54 tuổi (từ 28 – 72 tuổi), phần lớn các trường hợp (58,9%) xảy ra ở phụ nữ sau mãn kinh, giai đoạn sớm (87,2% với giai đoạn I – II) và độ cao (94,6%). Tuy nhiên, về loại mô học, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các báo cáo trong y văn trước đây với ung thư dạng nội mạc tử cung là loại mô học phổ biến nhất, chiếm 58,9% trường hợp, tiếp theo là ung thư dịch trong (28,6%), ung thư không biệt hóa (10,7%) và carcinosarcoma (1,8%). Điều này có thể được giải thích là do có sự khác biệt về cỡ mẫu và có thể có sự khác biệt về đặc điểm sinh bệnh học nhưng chưa được khảo sát giữa nghiên cứu của

chúng tôi và các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của chúng tôi theo dõi 47 người bệnh UTVTC với thời gian theo dõi có trung vị là 40 tháng (phạm vi, 7 - 96 tháng), ghi nhận có 8 ca tái phát. Như vậy tần suất tái phát chung là 17,0%. Tần suất tái phát chung trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các báo cáo trước đây (từ 20% đến 43%)^{1,2}. Tại thời điểm 60 tháng, tần suất tái phát tích lũy trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,7%, kết quả này tương tự với nghiên cứu Lau (2013) với tỉ lệ 26,7%⁵, tuy nhiên vẫn thấp hơn so với tỷ lệ được báo cáo trong các nghiên cứu khác (dao động từ 32,7% đến 54,8%)^{1,2}. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do sự khác biệt về thời gian theo dõi, tỉ lệ người bệnh giai đoạn III - IV và tỉ lệ người bệnh được phẫu thuật giảm khối tối ưu giữa các nghiên cứu. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi có 9/56 (16,1%) người bệnh mất dấu và vì vậy tần suất tái phát được ghi nhận trong nghiên cứu có thể thấp hơn so với thực tế.

Người bệnh có thời gian tái phát sớm nhất là 10 tháng, muộn nhất là 57 tháng, trung vị thời gian tái phát là 25 tháng. Số ca tái phát trước 12 tháng chiếm tỷ lệ 25%, tái phát từ 12 tháng tới 24 tháng chiếm tỷ lệ 25%, từ 24 đến 36 tháng chiếm tỷ lệ 25% và sau 36 tháng là 25%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các báo cáo y văn trước đây với hầu hết người bệnh tái phát trong vòng 3 năm đầu điều trị⁴.

Về xác định yếu tố liên quan đến tái phát, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tăng CA 125 trước điều trị, giai đoạn bệnh tiến triển và phẫu thuật giảm khối không đạt tối ưu có liên quan đến UTVTC tái phát. Tỉ lệ CA 125 \geq 35 U/mL trước điều trị trong nghiên cứu là 53,6%, nồng độ CA 125 tăng dần theo giai đoạn bệnh (dữ liệu không được trình bày). Người bệnh có CA 125 \geq 35 U/mL trước phẫu thuật có nguy cơ tái phát tăng gấp 36,9 lần (KTC 95% 1,47-921,37) so với những người có CA 125 < 35 U/mL. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, chẳng hạn như Hefler và cộng sự (HR 2,26, KTC 95% 1,2-3,4) và Shamshirsa và cộng sự (HR 5,31, KTC 95% 1,18-23,93)⁸. Giai đoạn bệnh tiến triển và phẫu thuật giảm khối không đạt tối ưu được chứng minh là những yếu tố tiên lượng quan trọng đối với UTVTC tái phát trong nhiều nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự¹. Những kết quả này một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của việc phát hiện và khởi động điều trị sớm giúp cải thiện kết cục điều trị và giảm nguy cơ tái phát.

Vai trò của nạo hạch chậu và cạnh động mạch chủ trong tiên lượng của người bệnh UTVTC vẫn còn gây tranh cãi. Một số nghiên cứu ghi nhận nguy cơ tái phát đối với những người bệnh có nạo hạch thấp hơn đáng kể so với người bệnh không có nạo hạch¹. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu khác ghi nhận không có sự khác biệt về nguy cơ tái phát giữa nhóm có hay không có nạo hạch thường quy^{3,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa của việc có hay không có nạo hạch đối với nguy cơ UTVTC tái phát.

Những yếu tố còn lại trong nghiên cứu gồm tuổi lúc chẩn đoán, thời gian mãn kinh kéo dài, có dịch ổ bụng, vỡ u trong phẫu thuật, vị trí khối u, đường kính khối u, loại mô học, độ mô học, số chu kỳ hóa trị không có ảnh hưởng đáng kể đến sự tái phát của bệnh. Kết quả này phù hợp với các báo cáo trong y văn trước đây¹.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, điều này gây hạn chế khi thực hiện phân tích dưới nhóm. Thứ hai, hạn chế liên quan do tính chất của nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu là lệ thuộc hoàn toàn vào hồ sơ bệnh án nên khó tránh khỏi sai lệch, thiếu sót thông tin. Cần có các nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm để tạo ra bằng chứng mạnh mẽ hơn về các yếu tố nguy cơ tái phát của người bệnh UTVTC.

Tính ứng dụng của nghiên cứu. Xác định tần suất tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát của người bệnh UTVTC là cần thiết, có thể giúp bác sĩ lâm sàng thêm thông tin để tư vấn người bệnh, lựa chọn chiến lược điều trị cũng như quy trình theo dõi sau điều trị tốt hơn cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tần suất tái phát chung của UTVTC tại Bệnh viện Từ Dũ ở là 17%. Tăng CA 125 trước điều trị, giai đoạn bệnh tiến triển và phẫu thuật giảm khối không đạt được tối ưu là những yếu tố nguy cơ chính liên quan đến tái phát của UTVTC. Cần có các chiến lược theo dõi phù hợp đối với người bệnh có yếu tố nguy cơ cao để có thể phát hiện và quản lý tái phát sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bao L, Ding Y, Cai Q, et al. (2016), "Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Single-Institution Experience of 101 Cases: A Retrospective Study", *Int J Gynecol Cancer*;26(3):424-30.
2. Gadducci A, Landoni F, Sartori E, et al. (2001), "Analysis of Treatment Failures and Survival of Patients with Fallopian Tube Carcinoma: A Cooperation Task Force (CTF)

- Study", *Gynecologic Oncology*;81(2):150-9.
3. **Gungorduk K, Ertas IE, Ozdemir A, et al.** (2015), "Prognostic Significance of Retroperitoneal Lymphadenectomy, Preoperative Neutrophil Lymphocyte Ratio and Platelet Lymphocyte Ratio in Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Multicenter Study", *Cancer Res Treat*;47(3):480-8.
 4. **Kalampokas E, Kalampokas T, Tourontous I.** (2013), "Primary fallopian tube carcinoma", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;169(2):155-61.
 5. **Lau HY, Chen YJ, Yen MS, et al.** (2013), "Primary fallopian tube carcinoma: a clinicopathologic analysis and literature review", *J Chin Med Assoc*;76(10):583-7.
 6. **Li S, Yu M, Bai W, et al.** (2021), "Long-term follow-up of 46 cases of primary fallopian tube carcinoma: a single institute study", *Ann Palliat Med*;10(8):9122-35.
 7. **Liao CI, Chow S, Chen LM, et al.** (2018), "Trends in the incidence of serous fallopian tube, ovarian, and peritoneal cancer in the US", *Gynecol Oncol*;149(2):318-23.
 8. **Shamshirsaz AA, Buekers T, Degeest K, et al.** (2011), "A single-institution evaluation of factors important in fallopian tube carcinoma recurrence and survival", *Int J Gynecol Cancer*;21(7):1232-40.

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU MẠN TÍNH TASC II C, D

Lê Đức Tín¹, Lâm Văn Nút¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp động mạch chậu đã được áp dụng nhiều tại Việt Nam. Tuy nhiên, những tổn thương phức tạp tầng chậu như TASC II C, D thì việc can thiệp đơn thuần gặp nhiều khó khăn vì những tổn thương này có kèm theo tầng động mạch đùi. Do đó, trong quá trình thực hành chúng tôi nhận thấy cần phối hợp với phương pháp mổ mở để giải quyết cùng lúc những tổn thương này nhằm đem lại hiệu quả cao hơn trong quá trình điều trị cho bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính. Đó cũng là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu hiệu quả của việc sử dụng phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch trong điều trị tổn thương động mạch chậu TASC II C, D. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chậu mạn tính TASC II C, D. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình 69.2 ± 8.2 , nam giới chiếm đa số, tổn thương TASC C và D lần lượt chiếm 26% và 74% mẫu nghiên cứu. Nong bóng phối hợp đặt giá đỡ chiếm 93,5%, phẫu thuật bóc nội mạc kèm tạo hình động mạch đùi bằng tĩnh mạch hiển chiếm 74,2%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 100%, tai biến là 19,5%. Theo dõi 1 năm, ghi nhận tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đầu đạt 80,8%, tỷ lệ đoạn chi lớn là 3,8% và tỷ lệ tử vong là 7,7% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp can thiệp điều trị tổn thương TASC II C, D trên những bệnh nhân tắc động mạch chậu mạn tính đã giúp cải thiện đáng kể triệu chứng lâm sàng, ít biến chứng, tỷ lệ thành công cao về kỹ thuật và lưu thông mạch máu thì đầu.

SUMMARY

APPLICATION OF HYBRID PROCEDURE IN TREATMENT OF CHRONIC ILIAC OCCLUSIVE DISEASE WITH TASC II C, D LESIONS

Background: An interventional iliac artery has been widely applied in Vietnam. However, for complex pelvic floor lesions such as TASC II C, and D, the intervention alone is complicated because these lesions are associated with the femoral artery layer. Therefore, in practice, we realized that it is necessary to combine with open surgery to solve this lesion simultaneously to bring higher efficiency in the treatment process for patients with chronic lower extremity artery occlusion. That is also why we conducted a study on the effectiveness of using surgical methods combined with endovascular intervention in treating iliac artery lesions TASC II C, D. **Objective:** Evaluation of the results of surgery combined with endovascular intervention (Hybrid procedure) in treating chronic iliac artery occlusion TASC II C, D. **Methods:** Retrospective descriptive case series. **Results:** The study had an average age of 69.2 ± 8.2 ; men accounted for the majority, and TASC lesions C and D accounted for 26% and 74% of the sample, respectively. Balloon angioplasty combined with stent placement accounted for 93.5%, and endarterectomy with femoral artery angioplasty by saphenous vein accounted for 74.2%. The technical success rate is 100%, and complications are 19.5%. At 1-year follow-up, the rate of primary patency was 80.8%, the major amputation rate was 3.8%, and the mortality rate was 7.7% of the sample. **Conclusion:** Hybrid procedure to treat TASC II C, D lesions in patients with chronic iliac artery occlusion has significantly improved clinical symptoms, fewer complications, the high rate of technical success and primary patency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch chậu mạn tính ngày càng

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023