

Theo một số tác giả Caselman, Doris Bamiou nhấn mạnh việc luôn phải chụp MRI cho tất cả các bệnh nhân nghe kém bẩm sinh thì tác giả O. Chin và cộng sự vào năm 2020 đã thực hiện nghiên cứu phân tích kết quả chụp CT Scan và MRI, nhằm xác định xem chỉ chụp MRI có đủ để đánh giá các bất thường cấu trúc tai trong trước phẫu thuật ở những bệnh nhi SNHL hay không, kết quả cho thấy rằng việc kết hợp CT Scan xương thái dương có mang lại hiệu quả nhưng không đáng kể⁷. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy CT Scan chỉ ghi nhận 3 trường hợp hẹp ống tai trong, trong khi MRI đã phát hiện 4 trường hợp bất thường dây thần kinh VIII. Qua đó cho thấy rằng, các bác sĩ đã có thể bỏ sót hình ảnh bất thường nếu chỉ sử dụng CT Scan.

Như vậy, ngoài việc chẩn đoán được nguyên nhân gây nghe kém thì CT Scan và MRI còn giúp quyết định có thể can thiệp phẫu thuật hay không dựa vào những hình ảnh mà CT Scan và MRI cung cấp. Các phương pháp thăm dò thính lực có thể cho biết mức độ nghe kém, điếc sâu do tổn thương tại ốc tai nhưng chỉ khi chụp CT Scan, MRI mới cho ta biết rõ nguyên nhân, khả năng can thiệp phục hồi sức và cả phương pháp cũng như phương tiện can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Hiện nay vấn đề tầm soát nghe kém cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ chưa được áp dụng rộng rãi, vì vậy để cải thiện chất lượng điều trị và phục hồi chức năng cho trẻ nghe kém, vai trò của chương trình sàng lọc nghe kém là rất mực cần thiết. Các phương pháp thăm dò thính lực có thể cho biết mức độ nghe kém, điếc sâu do tổn thương tại vị trí nào của cơ quan thính giác nhưng chỉ khi được kết hợp sử dụng với chẩn đoán hình ảnh

(CT Scan, MRI) mới cho ta biết rõ nguyên nhân, khả năng và phương pháp can thiệp phục hồi sức nghe.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phạm Doan Tan Tai, Quang PD, Nhu NT, Hung DX.** Đánh giá tình trạng nghe kém tiếp nhận - thần kinh và các yếu tố liên quan ở trẻ tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1. Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2017;23(4):173-178.
- Culbertson SR, Dillon MT, Richter ME, et al.** Younger Age at Cochlear Implant Activation Results in Improved Auditory Skill Development for Children With Congenital Deafness. Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR. Sep 12 2022;65(9)
- Phạm Đình Nguyên.** Nghiên cứu khiếm thính không mắc phải ở trẻ em. 2018;
- Lai Thu Hà.** Một số đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ gây nghe kém tiếp nhận và hiệu quả can thiệp đeo máy trợ thính ở trẻ dưới 3 tuổi tại bệnh viện nhi trung ương. 2020;
- Wiranadha IM, Hartayanti A.** Characteristics of Congenital Sensorineural Hearing Loss in Children at ENT Outpatient Clinic Sanglah General Hospital Denpasar in 2017. Report. Biomedical and Pharmacology Journal. 2020/03 2020.
- Nguyen Xuan Nam.** Nghiên cứu thăm dò chức năng nghe, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả thính lực của trẻ cấy điện cực ốc tai. Luận An Tiến Sĩ, Đại Học Y Hà Nội. 2017;
- Chin O, Dharsono F, Kuthubutheen J, Thompson A.** Is CT necessary for imaging paediatric congenital sensorineural hearing loss? Cochlear implants international. Mar 2020;21(2):75-82.
- JCIH.** Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. 2019;

PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC CỦA U BÓNG VATER THEO TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI 2019

Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,2,3}, Vũ Lê Thành Đạt¹,
Luu Thị Thu Thảo¹, Nguyễn Phạm Ngọc Châu²

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh Viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Lê Thành Đạt

Email: vltdat.chgpb21@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

Đặt vấn đề: Trong phiên bản mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới 2019 đã có nhiều thay đổi về thuật ngữ, phân loại cũng như chẩn đoán u bóng Vater so với các phiên bản trước đây. Việc phân nhóm mô bệnh học giúp cung cấp những thông tin tiên lượng quan trọng, vạch ra các chiến lược điều trị phù hợp và tối ưu cho người bệnh bởi có sự khác biệt trong định hướng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân trong các loại u khác nhau ở vùng bóng Vater. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm tuổi, giới, mô bệnh học và phân loại u bóng Vater theo Tổ chức Y tế Thế giới 2019.

Đối tượng – phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu báo cáo loạt ca trên 78 trường hợp u bóng Vater được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 đến tháng 11/2022. **Kết quả:** Nhóm u biểu mô ác tính chiếm phần lớn với tỷ lệ là 94,9%, chủ yếu là 3 dạng mô học: ung thư biểu mô tuyến tụy ruột (35,9%), ung thư biểu mô tuyến tụy mật tụy (28,2%) và ung thư biểu mô tuyến tụy hỗn hợp (26,9%). Ngoài ra, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến dạng nhầy và ung thư biểu mô tế bào liên kết kém lần lượt là 1,3% và 2,6%. Nhóm u biểu mô lành tính và tổn thương tiền ung thư cũng như nhóm tân sinh thần kinh nội tiết chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ lần lượt là 3,8% và 1,3%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59 tuổi với tỷ số nam:nữ là 1:1,1. Kích thước u trung bình 2,1cm, thường gặp trong khoảng 1-<2 cm (48,7%). Dạng đại thể thường gặp là dạng khối sùi (52,6%). Mức độ biệt hóa vừa chiếm chủ yếu trong các u ác tính (86,5%). Một số đặc điểm mô học khác trong nhóm u ác bao gồm tỷ lệ xâm nhập mạch máu, xâm nhập quanh thần kinh, hoại tử u, chất nhầy trong mô đệm, lần lượt là 9,3%, 13,3%, 32% và 17,3%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm tuổi, giới, mô bệnh học và mối liên quan giữa chúng. Từ đó giúp cho việc chẩn đoán đúng và phân loại chính xác u bóng Vater; giúp hỗ trợ cho lâm sàng trong các quyết định điều trị và tiên lượng sống của bệnh nhân một tốt hơn.

Từ khóa: u bóng Vater, ung thư biểu mô bóng Vater, các tít mô bệnh học

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF AMPULLARY TUMOR ACCORDING TO WORLD HEALTH ORGANIZATION 2019

Background: In the latest version of the World Health Organization 2019, there have been many changes in terminology, classification as well as diagnosis of ampullary tumor compared with previous versions. The histopathological classification helps to provide important prognostic information, providing appropriate and optimal treatment strategies for patients because there are differences in treatment orientation and prognosis for patients with different types of tumors in the ampulla of Vater. **Objectives:** Survey some characteristics of age, gender, histopathology, and classification of ampullary tumors according to the World Health Organization 2019. **Methods:** Case series report of 78 cases of ampullary tumors that were operated on at the University Medical Center of Ho Chi Minh City from January 2019 to November 2022. **Results:** The group of malignant epithelial tumors accounted for the majority with a rate of 94.9%, mainly having 3 histological forms: intestinal type adenocarcinoma (35.9%), pancreatobiliary type adenocarcinoma (28.2%) and mixed type adenocarcinoma (26.9%); in addition, the rates of mucinous adenocarcinoma and poorly cohesive cell carcinoma were 1.3% and 2.6%, respectively. Benign epithelial tumors, precursors lesions, and neuroendocrine neoplasms accounted for only a small proportion of 3.8% and 1.3%, respectively. The mean age of the patient was 59

years old with a male: female ratio of 1:1.1. The average tumor size is 2.1 cm, common in the range of 1-<2cm (48.7%). The most common macroscopic appearance is an exophytic mass (52.6%). The degree of moderate differentiation accounted mainly for malignant tumors (86.5%). Some other histological features in the group of malignant tumors: the rate of vascular invasion, perineural invasion, tumor necrosis, and mucin in the stroma were 9.3%, 13.3%, 32%, and 17.3%, respectively. **Conclusions:** The study showed the characteristics of age, sex, histopathology, and their relationships. These results help in the correct diagnosis and accurate classification of the ampullary tumor; and help support clinical decisions in treatment and better prognosis of patients.

Keywords: ampullary tumor, ampullary carcinoma, histopathology types

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U bóng Vater là loại u hiếm gặp của hệ thống tiêu hóa, tỷ lệ u ác chỉ khoảng 0,2% các trường hợp của ung thư đường tiêu hóa và chỉ chiếm 7% các trường hợp ác tính nằm xung quanh bóng Vater. Bên cạnh đó bởi vị trí giải phẫu phức tạp cùng với việc liên quan với nhiều tạng xung quanh đã mang đến những thách thức trong việc chẩn đoán đúng bệnh. Việc phân nhóm mô bệnh học giúp cung cấp những thông tin tiên lượng quan trọng, vạch ra các chiến lược điều trị phù hợp và tối ưu cho người bệnh bởi có sự khác biệt trong định hướng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân trong các loại u khác nhau ở vùng bóng Vater.¹

Trong phiên bản mới nhất theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) 2019 đã có nhiều thay đổi quan trọng. Cụ thể, TCYTGG đã đề cập đến thuật ngữ tân sinh ống nhú bên trong bóng (TSONBTB) được sử dụng như là tổn thương tân sinh tiền xâm nhập để thay thế cho các thuật ngữ cũ. Một điểm quan trọng được TCYTGG đề cập đến trong phân loại mới là đã nêu rõ về sự phối hợp của ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) tụy ruột và tụy mật tụy trong cùng một tổn thương. Ngoài ra còn có sự phân loại và thay đổi tên gọi của một số loại u so với phân loại cũ. Một khác biệt quan trọng nữa là ở nhóm tân sinh thần kinh nội tiết với sự tách biệt ra thành 2 nhóm là biệt hóa tốt và biệt hóa kém cùng với việc phân loại chi tiết trong từng nhóm cụ thể.² Những thay đổi trong TCYTGG 2019 đã phần nào góp phần hỗ trợ cho việc chẩn đoán, tiên lượng cũng như điều trị cho u bóng Vater được hoàn thiện hơn.

Với những quan điểm nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu như sau:

- *Khảo sát đặc điểm tuổi, giới của u biểu mô ở vùng bóng Vater.*
- *Khảo sát các đặc điểm mô bệnh học của u*

biểu mô ở vùng bóng Vater theo TCYTTG 2019.
- Phân loại u biểu mô vùng bóng Vater theo TCYTTG năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 78 trường hợp u biểu mô ở vùng bóng Vater được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) từ tháng 01/2019 đến tháng 11/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Các trường hợp bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM được chẩn đoán mô bệnh học thuộc nhóm u biểu mô ở vùng bóng Vater.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có hóa, xạ trị vùng bóng Vater trước khi lấy mẫu.

Không thể khảo sát được mô bệnh học của mẫu bệnh phẩm vì lam tiêu bản bị hư hại, thất lạc hoặc không đạt yêu cầu và mẫu vùi nên bị thất lạc hoặc không còn mô u đủ để thực hiện cắt mỏng.

Các trường hợp không phải u nguyên phát tại vùng bóng Vater.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Báo cáo loạt ca bệnh.

Chọn mẫu. Lấy mẫu toàn bộ, loại mẫu có chủ đích.

Cỡ mẫu. 78 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Các biến số nghiên cứu. Biến số tuổi, giới.

Biến số giải phẫu bệnh: kích thước, hình dạng, cấu trúc, hình dạng tế bào, hình dạng nhân, mức độ không điển hình của nhân tế bào, chất nhiễm sắc, kích thước hạt nhân, chất nhầy mô đệm, hoại tử, loại u, độ biệt hóa u ác, xâm nhập mạch máu, xâm nhập quanh thần kinh, phân loại mô học u thần kinh nội tiết (UTKNT), dấu ấn Chromogranin, dấu ấn Synaptophysin, dấu ấn Ki67.

Quá trình thực hiện nghiên cứu. Tra cứu thông tin và thu thập dữ liệu từ kho dữ liệu điện tử lưu trữ của Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM.

Tìm kiếm, thu thập các mẫu tiêu bản và đọc lại tiêu bản trên nhuộm thường quy Hematoxylin và Eosin (HE).

Thu thập khối vùi nên và cắt nhuộm lại HE những trường hợp có tiêu bản không đạt chất lượng.

Tổng hợp và phân tích số liệu.

Y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược TP.HCM theo quyết định số 1039/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 09/12/2022.

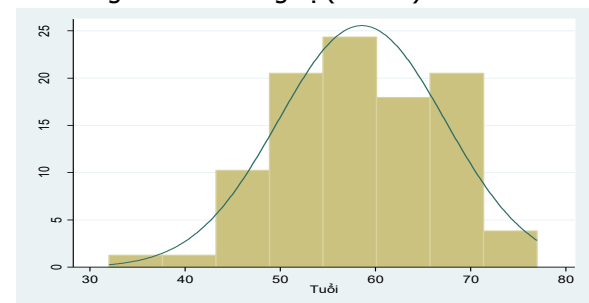
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân loại típ mô bệnh học theo TCYTTG 2019. Qua 78 trường hợp u biểu mô ở vùng bóng Vater thu thập được trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được nhóm u lành và tổn thương tiền ung thư chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ với 3 trường hợp (3,8%), nhóm u biểu mô ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 74 trường hợp (94,9%), cuối cùng chỉ ghi nhận được 1 trường hợp u thần kinh nội tiết độ 2 trong nhóm tân sinh thần kinh nội tiết (1,3%) (Bảng 1).

Bảng 2. Phân loại u bóng Vater trong nghiên cứu

Phân loại mô bệnh học		Số trường hợp (n = 78)
U biểu mô lành và tổn thương tiền ung thư	U tuyến tụy ruột loạn sản độ cao	1 (1,3%)
	Tân sinh ống nhú bên trong bóng	2 (2,6%)
U biểu mô ác tính	UTBM tuyến tụy ruột	28(35,9%)
	UTBM tuyến tụy mật tụy	22(28,2%)
	UTBM tuyến phối hợp tụy ruột và tụy mật tụy	21 (26,9%)
	UTBM tuyến dạng nhầy	1 (1,3%)
	UTBM tế bào liên kết kém	2(2,6%)
Tân sinh thần kinh nội tiết	U thần kinh nội tiết độ 2	1 (1,3%)

Đặc điểm tuổi, giới tính và môi liên quan. Độ tuổi mắc bệnh của các bệnh nhân u bóng Vater dao động rất lớn, từ 32 cho đến 77 tuổi. Trong đó thường gặp nhất trong nhóm từ 50-59 tuổi (38,5%) và ít gặp nhất ở nhóm <40 tuổi (1,3%). Độ tuổi trung bình mắc bệnh là 59 tuổi bằng với tuổi trung vị (Hình 1).



Hình 5. Phân bố tổn thương theo tuổi

UTBMT tụy ruột tập trung chủ yếu ở nhóm ≥50 tuổi (34,6%), trong đó nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (16,7%). Trong khi đó, UTBMT tụy mật tụy và UTBMT phối hợp tụy ruột và tụy mật tụy tập trung chủ yếu trong nhóm từ 40-69 tuổi (đều là 25,6%). Trong nhóm u biểu mô lành và tổn thương tiền ung thư thì u tuyến

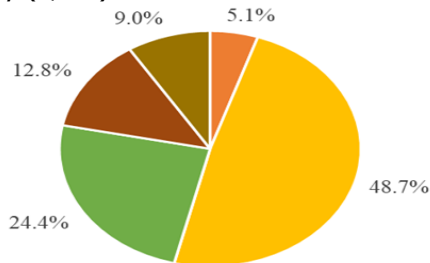
típ ruột chỉ ghi nhận 1 trường hợp xuất hiện ở bệnh nhân ≥ 70 tuổi (1,3%) và TSONBTB có 2 trường hợp ở 2 nhóm 50-59 tuổi (1,3%) và 60-69 tuổi (1,3%). Bên cạnh đó, u thần kinh nội tiết (UTKNT) cũng ghi nhận xuất hiện trong độ tuổi 50-59 tuổi (1,3%).

U bóng Vater có tỷ số gần bằng nhau ở 2 giới (nam:nữ = 1:1).

Trong nhóm u ác, ung thư biểu mô tuyến típ ruột chiếm chủ yếu các trường hợp ở nữ (26,9%), trong khi ở nam chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều (9%). Ở loại mô học típ mật tụy và phổi hợp, tỷ lệ tương đối đồng đều ở 2 giới. Đối với nhóm u lành và tổn thương tiền ung thì u tuyến típ ruột ghi nhận 1 trường hợp ở giới nữ (1,3%) và TSONBTB có 1 trường hợp ở mỗi giới (đều là 1,3%). Nhóm UTKNT ghi nhận ở giới nam (1,3%).

Đặc điểm mô bệnh học và mối liên quan. Kích thước u thường gặp nhất là từ 1 - < 2 cm, chiếm 48,7%. Ngược lại, kích thước u ít gặp nhất là < 1 cm, chiếm 5,1%. U lớn nhất ghi nhận 9 cm và nhỏ nhất là 0,3 cm. Kích thước trung bình u là 2,1 cm (Hình 2).

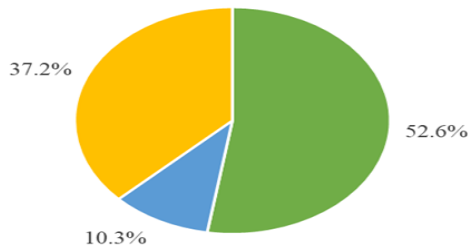
Kích thước u từ 1 - < 2 cm gặp trong hầu hết các phân loại, phổ biến thứ 2 là kích thước từ 2 - < 3 cm. Kích thước u < 1 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất và chỉ gặp trong ung thư biểu mô tuyến típ mật tụy (5,1%).



■ < 1 cm ■ 1 - < 2 cm ■ 2 - < 3 cm ■ 3 - < 4 cm ■ ≥ 4 cm

Hình 6. Phân bố tổn thương theo kích thước u

Có 52,6% trường hợp tổn thương có dạng khối sùi, chiếm tỷ lệ cao nhất trong khi thấp nhất là tổn thương dạng loét (10,3%) (Hình 3).



■ Dạng khối sùi ■ Dạng loét ■ Dạng thâm nhiễm

Hình 7. Phân bố tổn thương theo hình dạng u

Trong nhóm u lành và các tổn thương tiền ung thư chỉ hiện diện tổn thương dạng khối sùi (3,8%), không thấy tổn thương dạng loét hoặc thâm nhiễm. Trong nhóm u ác, dạng khối sùi gặp nhiều nhất trong ung thư biểu mô tuyến típ ruột (29,5%), trong khi dạng thâm nhiễm chiếm tỷ lệ lớn trong ung thư biểu mô tuyến típ mật tụy (23,1%). Dạng loét chiếm tỷ lệ nhỏ, chủ yếu trong ung thư biểu mô tuyến phổi hợp típ ruột và típ mật tụy (7,7%).

Mức độ biệt hóa vừa chiếm chủ yếu trong các ca u ác ở vùng bóng Vater (86,5%), tập trung chủ yếu ở cả 3 dạng mô học thường gặp nhất (lên tới 85,1%). Mức độ biệt hóa tốt chỉ ghi nhận 2 trường hợp, đều gặp ở típ ruột (2,7%). Mức độ biệt hóa kém có 8 trường hợp (10,8%) gặp chủ yếu ở típ mật tụy (6,8%) (Bảng 2)

Bảng 3. Mức độ biệt hóa của u ác tính

U ác tính	Mức độ biệt hóa		
	Biệt hóa tốt	Biệt hóa vừa	Biệt hóa kém
UTBMT típ ruột	2 (2,7%)	26 (35,1%)	0
UTBMT típ mật tụy	0	17 (23%)	5 (6,8%)
UTBMT típ phổi hợp	0	20 (27%)	1 (1,4%)
UTBMT dạng nhầy	0	1 (1,4%)	0
UTBM tế bào liên kết kém	0	0	2 (2,7%)

Một số đặc điểm mô học khác được ghi nhận trong u ác: xâm nhập mạch máu ghi nhận 7 trường hợp (9,3%), xâm nhập quanh thần kinh ghi nhận 10 trường hợp (13,3%), hoại tử u ghi nhận 24 trường hợp (32%), chắt nhầy trong mô đệm ghi nhận 13 trường hợp (17,3%), chủ yếu các trường hợp đều gặp trong 3 dạng mô học phổ biến.

Trong nhóm tân sinh thần kinh nội tiết, chỉ ghi nhận 1 trường hợp là UTKNT độ 2 và không có trường hợp nào thuộc nhóm biệt hóa kém. Tỷ lệ dương tính với Synaptophysin và Chromogranin đều đạt 100%. Chỉ số Ki67 < 3% ghi nhận 100%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm tuổi, giới. Qua 78 trường hợp trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được độ tuổi trung bình của u bóng Vater là 59 tuổi, trẻ hơn từ 5 đến 6 tuổi so với nghiên cứu của Asday³ và Carter⁴ (độ tuổi trung bình ghi nhận lần lượt là 65 và 64 tuổi). Cũng như theo y văn thế giới, độ tuổi mắc bệnh thường trong khoảng từ 60-70 tuổi.² Với sự khác biệt về chủng tộc, địa lý cũng như thói quen sinh hoạt có thể là những yếu tố góp phần vào sự trẻ hóa của ung thư vùng bóng

Vater hiện nay. Tỷ số giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác trên thế giới với tỷ số nam:nữ là 1:1,1; trong khi nghiên cứu của Asday³ (tỷ số nam:nữ là 1,48:1), Winter⁵ (tỷ số nam:nữ là 1,21:1) và Carter⁴ (1,34:1) cũng như trong y văn ghi nhận giới nam nhiều hơn so với nữ.² Bên cạnh sự khác nhau về chủng tộc, địa lý thì cỡ mẫu còn hạn chế có thể phần nào là tác nhân gây ra sự khác biệt.

Về đặc điểm mô bệnh học. Về phân loại mô học, chúng tôi ghi nhận thấy nhóm u biểu mô ác tính chiếm tỷ lệ rất cao (94,9%). Trong đó, 3 dạng mô học phổ biến là tấp ruột, tấp mật tụy và dạng phối hợp tấp ruột và tấp mật tụy. Ngoài ra, trong nghiên cứu còn ghi nhận 1 trường hợp UTBM tuyến dạng nhầy (1,3%) và 2 trường hợp UTBM tế bào liên kết kém (2,6%); 2 dạng tổn thương chiếm 1 tỷ lệ nhỏ trong phân loại mô học. Sự hiện diện chủ yếu và chiếm phần lớn của tấp ruột, tấp mật tụy và dạng phối hợp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu đã thực hiện trên thế giới như của Carter⁴ và Ang.⁶

Trong nhóm u biểu mô lành và tổn thương tiền ung thư chỉ chiếm 1 tỷ lệ nhỏ (3,8%) với 1 trường hợp u tuyến tấp ruột loạn sản độ cao và 2 trường hợp TSONBTB. Tỷ lệ xuất hiện thấp có thể do công nghệ cũng như việc tầm soát, phát hiện sớm bệnh ở nước ta chưa phát triển mạnh như ở các nước trên thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 1 trường hợp UTKNT độ 2, chiếm 1,3%. Đây là một loại u hiếm gặp với xuất độ tùy theo nghiên cứu từ 0,05-1% tất cả UTKNT ở đường tiêu hóa.^{7,8} Đặc điểm mô học của u giống với UTKNT ở các vị trí khác của đường tiêu hóa với các tế bào đa diện, nhân tương đối tròn đều, chất nhiễm sắc muối tiêu, ghi nhận 4 phân bào/10 quang trường độ phóng đại 400x, bào tương nhiều ái toan, sắp xếp thành cấu trúc dạng cơ quan, không có hoại tử. Trên hóa mô miễn dịch, u dương tính với dấu ấn Synaptophysin và Chromogranin, 2 dấu ấn được khuyến nghị sử dụng để chẩn đoán nhóm tân sinh thần kinh nội tiết hoặc dùng để phân biệt với các loại u khác.⁹ Ngoài ra, u không biểu hiện với CK và Ki67 ghi nhận 1%.

Trong nhóm u ác tính của bóng Vater, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số trường hợp là u biệt hóa mức độ vừa (86,5%), tỷ lệ thấp hơn ở biệt hóa kém (10,8%) và ít nhất ở biệt hóa tốt (2,7%); kết quả này tương đối giống với nghiên cứu của Kim.¹⁰ Trong khi nghiên cứu của

Carter⁴ và Winter⁵ tuy cũng ghi nhận tỷ lệ nhiều nhất ở nhóm biệt hóa vừa nhưng tỷ lệ ở các nhóm có sự khác nhau lớn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác nhau có thể là do các nghiên cứu sử dụng những bảng phân loại cũ trước đây; ngoài ra còn có sự khác biệt về chủng tộc, địa lý trong khi nghiên cứu của Kim lại phù hợp.

Trong nghiên cứu, kích thước u trung bình chúng tôi ghi nhận được 2,1 cm (0,3-9 cm); kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Kim¹⁰ ghi nhận 2 cm (0,2-7,8 cm), nghiên cứu của Hornick ghi nhận 2 cm (0,3-7,5 cm), nghiên cứu của Carter⁴ ghi nhận 2,3 cm (0,3-6,7 cm). Bên cạnh đó, kích thước u xuất hiện nhiều nhất trong khoảng từ 1- <2 cm, điều này cũng có kết quả tương đối giống với kết quả nghiên cứu của Carter.⁴ Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận đặc điểm kích thước u <1 cm chỉ hiện diện ở UTBMT tấp mật tụy; điều này có thể được lý giải bởi tấp mật tụy thường sẽ có hướng điều trị khác và tiên lượng thường kém hơn khi so với tấp ruột, chính bởi điều đó có thể dẫn tới bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng và đi khám sớm hơn.

Hình dạng tổn thương chủ yếu trong nghiên cứu là dạng khối sùi kể cả nhóm u lành và nhóm u ác. Trong nhóm u ác, dạng khối sùi thường gặp ở tấp ruột; trong khi đó dạng thâm nhiễm chiếm phần lớn là tấp mật tụy và dạng loét chủ yếu là tấp phối hợp. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi phần nào giống khi so sánh với nghiên cứu của Asday.³ Ngoài ra, sự khác biệt đáng kể giữa phân loại u và hình dạng khối u có thể là 1 yếu tố giúp định hướng trên đại thể của tổn thương.

Tình trạng xâm nhập mạch máu và xâm nhập quanh thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 9,3% và 13,3%. Tỷ lệ này có phần thấp khi so với các nghiên cứu của Carter⁴, Kim¹⁰ và Winter.⁵ Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu còn hạn chế và quy trình thực hiện các kỹ thuật, đặc biệt là quá trình cắt lọc thu thập mẫu chưa đúng chuẩn theo tiêu chuẩn của CAP.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trong nghiên cứu trẻ hơn từ 5 đến 6 tuổi so với các nghiên cứu khác. Nữ giới ghi nhận nhiều hơn nam giới, ngược lại với các nghiên cứu khác. Điều này có thể do khác biệt về thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu.

Nhóm u biểu mô lành và tổn thương tiền ung thư chỉ chiếm 1 tỷ lệ nhỏ có thể do công nghệ cũng như việc tầm soát, phát hiện sớm bệnh ở nước ta chưa phát triển mạnh như ở các nước

trên thế giới.

Ghi nhận 1 trường hợp UTKNT độ 2, một loại u hiếm gặp ở vùng bóng Vater.

Kích thước u <1 cm chỉ hiện diện ở UTBMT tít mật tụy có thể bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng sớm hơn so với tít ruột.

Sự khác biệt đáng kể giữa phân loại u và hình dạng khối u có thể là 1 yếu tố giúp định hướng trên đại thể của tổn thương.

Tình trạng xâm nhập mạch máu và xâm nhập quanh thần kinh trong nghiên cứu thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do cỡ mẫu còn hạn chế và quy trình thực hiện các kỹ thuật chưa đúng chuẩn theo tiêu chuẩn của CAP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zimmermann C, Wolk S, Aust DE, et al.** The pathohistological subtype strongly predicts survival in patients with ampullary carcinoma. *Scientific Reports*. 2019/09/03 2019;9(1):12676. doi:10.1038/s41598-019-49179-w
- Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al.** The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. Jan 2020;76(2):182-188. doi:10.1111/his.13975
- Adsay V, Ohike N, Tajiri T, et al.** Ampullary region carcinomas: definition and site specific classification with delineation of four clinicopathologically and prognostically distinct subsets in an analysis of 249 cases. *The American journal of surgical pathology*. Nov 2012;36(11):1592-608. doi:10.1097/PAS.0b013e31826399d8
- Carter JT, Grenert JP, Rubenstein L, Stewart L, Way LW.** Tumors of the Ampulla of Vater: Histopathologic Classification and Predictors of Survival. *Journal of the American College of Surgeons*. 2008/08/01/ 2008;207(2):210-218. doi: https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2008.01.028
- Winter JM, Cameron JL, Olin K, et al.** Clinicopathologic Analysis of Ampullary Neoplasms in 450 Patients: Implications for Surgical Strategy and Long-Term Prognosis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2010/02/01 2010; 14(2):379-387. doi:10.1007/s11605-009-1080-7
- Ang DC, Shia J, Tang LH, Katabi N, Klimstra DS.** The Utility of Immunohistochemistry in Subtyping Adenocarcinoma of the Ampulla of Vater. 2014;38(10):1371-1379. doi:10.1097/pas.0000000000000230
- Matli VVK, Wellman G, Jaganmohan S, Koticha K.** Ampullary and Pancreatic Neuroendocrine Tumors: A Series of Cases and Review of the Literature. *Cureus*. 2022/1/27 2022;14(1):e21657. doi:10.7759/cureus.21657
- Ruff SM, Deutsch GB, Weiss MJ, Deperalta D.** Ampullary neuroendocrine tumors: A window into a rare tumor using a national database. 2021;39(3_suppl):373-373. doi:10.1200/JCO.2021.39.3_suppl.373
- Duan K, Mete O.** Algorithmic approach to neuroendocrine tumors in targeted biopsies: Practical applications of immunohistochemical markers. 2016;124(12):871-884. doi:https://doi.org/10.1002/cncy.21765
- Kim WS, Choi DW, Choi SH, Heo JS, You DD, Lee HG.** Clinical significance of pathologic subtype in curatively resected ampulla of vater cancer. 2012;105(3):266-272. doi:https://doi.org/10.1002/jso.22090

GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN TẶNG SAU KHI CHẾT: TỶ LỆ SỐNG CÒN THẬN GHÉP VÀ BỆNH NHÂN

Nguyễn Trọng Hiền¹, Thái Minh Sâm^{1,2}, Trần Ngọc Sinh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người hiến tạng (NHT) chết giúp mở rộng nguồn tạng hiến, và đang trở thành xu hướng ghép tạng trên thế giới, khi nguồn thận từ người sống không đáp ứng nhu cầu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Trình bày tỷ lệ sống còn thận ghép, tỷ lệ sống còn BN nhận thận, và các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn này. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu, bao gồm những trường hợp (TH) nhận thận từ NHT chết, từ

tháng 4/2008 đến tháng 12/ 2021, tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả và bàn luận:** Nghiên cứu có 27 NHT chết, trung vị tuổi 37, giới tính nam chiếm đa số 88,8%. Trung vị KDPI là 35%. 51 TH nhận thận, có trung vị tuổi là 37, nam giới 72,5%, chỉ số khối cơ thể là 20,9, thời gian điều trị thay thế thận là 39,3 tháng, thận nhân tạo là phương pháp chủ yếu, trung vị thời gian thiếu máu lạnh là 7 giờ, thời gian thiếu máu ấm là 38 phút. Thuốc ức chế miễn dịch (UCMD) dẫn nhập chủ yếu là nhóm ức chế thụ thể IL-2, chiếm 64,7%. Thuốc UCMD duy trì chủ yếu với tacrolimus (94,1%). Tỷ lệ sống còn thận ghép tại thời điểm 1-năm, 3-năm, và 5-năm tuân tự là 100%, 97,7%, và 95,1%. Tỷ lệ sống còn BN nhận thận tại các thời điểm tuân tự là 96,1%, 93,6%, và 93,6%. Các yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ sống còn thận ghép bao gồm: tuổi NHT trên 60 tuổi, KDPI trên 80%, trì hoãn chức năng thận ghép, thải ghép cấp trong năm đầu, và độ lọc cầu thận ước tính thấp hơn 45 ml/phút/m² da tại thời điểm

¹Bệnh Viện Chợ Rẫy,

²Đại Học Y Dược, Tp Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hiền

Email: bsnguyentronghien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023