

đây là phương pháp điều trị khả thi, an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp. Cụ thể trong nghiên cứu: tỷ lệ rách thanh mạc ruột (chiếm 8,1%), thủng ruột non trong quá trình gỡ dính 4%, nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2%), tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 2%), không có tử vong. Kết quả sau mổ tốt, thời gian phục hồi sau mổ sớm, tỷ lệ biến chứng thấp. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là  $1,8 \pm 0,8$  ngày, thời gian ăn lỏng sau mổ trung bình của là  $2,1 \pm 1,1$  ngày. Phẫu thuật nội soi cũng rút ngắn được thời gian nằm viện với thời gian nằm viện trung bình là  $4,5 \pm 1,4$  ngày.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Franklin, M.E., Jr., et al., Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. Surg Endosc, 2004. 18(1): p. 26-30.
2. Krausz, M.M., et al., Surgical aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoar treatment. Am J Surg, 1986. 152(5): p. 526-30.
3. Ganpathi, I.S. and W.K. Cheah, Laparoscopic-assisted management of small bowel obstruction due to phytobezoar. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2005. 15(1): p. 30-2.
4. Suter, M., et al., Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? Surg Endosc, 2000. 14(5): p. 478-83.
5. de Menezes Ettinger, J.E., et al., Laparoscopic management of intestinal obstruction due to phytobezoar. Jsls, 2007. 11(1): p. 168-71.
6. Di Saverio, S., et al., Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. 2013. 8: p. 1-14.
7. Farinella, E., et al., Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction. 2009. 4(1): p. 1-9.
8. Suter, M., et al., Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? 2000. 14: p. 478-483.
9. Levard, H., et al., Laparoscopic treatment of acute small bowel obstruction: a multicentre retrospective study. 2001. 71(11): p. 641-646.
10. O'Connor, D.B. and D.C.J.S.e. Winter, The role of laparoscopy in the management of acute small-bowel obstruction: a review of over 2,000 cases. 2012. 26: p. 12-17.

## ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẢY CHỒI U VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Phạm Văn Thịnh<sup>1</sup>, Trần Ngọc Dũng<sup>1</sup>, Vũ Phương Thảo<sup>2</sup>, Nguyễn Thùy Linh<sup>1</sup>, Đặng Thành Chung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các mức độ nảy chồi u (NCU) và đánh giá mối liên quan với một số đặc điểm chung và đặc điểm mô bệnh học (MBH) ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày (UTDD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 87 BN UTDD tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2023. Nhận xét một số đặc điểm chung và đặc điểm mô bệnh học. Phân tích các dữ liệu và đánh giá mối liên quan giữa các chỉ tiêu thu được. **Kết quả:** UTBM tuyến ống – nhú chiếm tỷ lệ cao nhất (49,43%). Các khối u chủ yếu có mức độ biệt hóa vừa và biệt hóa thấp (85,06%). Theo phân loại Lauren, UTBM thể ruột chiếm đa số (45,98%). Phần lớn các BN có tế bào u xâm lấn đến lớp cơ (pT2). Tỷ lệ di căn hạch chiếm 42,53%. Rất ít BN có xâm nhập mạch và xâm nhập thần kinh. Đa số các trường hợp là nảy chồi u độ cao (51,72%). Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NCU độ cao với BN mang đặc điểm UTBM kém kết dính và UTBM kém biệt hóa (TCYTTG

2019), mức độ xâm lấn pT cao, độ biệt hóa thấp và có khả năng di căn hạch của tế bào u. **Kết luận:** Nảy chồi u là một đặc điểm vi thể có giá trị tiên lượng đánh giá xâm lấn, di căn trong ung thư dạ dày.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô dạ dày, nảy chồi u.

### SUMMARY

#### A STUDY ASSESSING THE RELATIONSHIP BETWEEN TUMOR BUDDING AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES IN GASTRIC CANCER

**Objectives:** to determine the rate of tumor budding in gastric carcinoma patients and evaluate its relationship with certain general and histopathological characteristics. **Subjects and methods:** a retrospective, cross-sectional study that included 87 patients diagnosed with gastric cancer at 103 Military Hospital from January 2020 to March 2023. The histopathological characteristics were examined, and the collected data was analyzed to determine the association between the obtained indicators. **Results:** The majority of tumors were tubular-papillary carcinoma (49.43%) and had moderate to low differentiation (85.06%). Lauren intestinal carcinoma was the most common type. Most of the subjects exhibited tumor cells that had infiltrated the muscular layer (pT2), and 42.53% displayed metastasis in the lymph nodes. The occurrence of vascular and

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thành Chung

Email: dangthanhchung@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

neurological invasion was infrequent. Furthermore, a significant proportion of cases demonstrated high-grade tumor budding (51.72%). A statistically significant association was found between high-grade tumor budding and characteristics of poorly cohesive carcinoma and poorly differentiated carcinoma (WHO 2019), high degree of pT invasiveness, low differentiation, and potential for lymph node metastasis of tumor cells. **Conclusion:** Tumor budding is a microscopic feature that has prognostic value in assessing invasion and metastasis in gastric cancer. This study highlights the importance of evaluating tumor budding in gastric cancer patients to help predict disease progression and determine appropriate treatment strategies.

**Keywords:** gastric carcinoma, tumor budding.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô dạ dày (UTDD) là khối u ác tính phát sinh từ các tế bào biểu mô của niêm mạc dạ dày. Đây là một loại ung thư thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư [1]. Phương pháp thông dụng nhất để tiên lượng ung thư dạ dày theo giai đoạn bệnh là phân loại TNM dựa trên mức độ xâm lấn của khối u (T), số hạch di căn (N), và tình trạng di căn xa (M) (Theo AJCC 8<sup>th</sup> 2017). Trong những năm gần đây, một số đặc điểm hình thái tổn thương trên mô bệnh học cũng bắt đầu được sử dụng để tiên lượng UTDD. Một trong số đó là hiện tượng nảy chồi u - Tumor budding [2]. Nảy chồi u (NCU) được định nghĩa là các tế bào u đơn lẻ hoặc cụm từ 2 đến 4 tế bào u trên diện xâm lấn của khối u [2]. NCU độ cao đã được chứng minh là một yếu tố tiên lượng xấu trong nhiều loại ung thư như ung thư đại trực tràng, ung thư vú, ung thư tụy, ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ. Trong UTDD, một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra sự liên quan giữa NCU độ cao với độ sâu xâm nhập của khối u, số hạch di căn, giai đoạn bệnh, độ mô học, và thời gian sống thêm [3], [4], [5]. Đáng chú ý, trong UTDD sớm, NCU cũng là một yếu tố độc lập trong dự đoán tình trạng di căn hạch [2], [3]. Tại Việt Nam, NCU vẫn là một khái niệm mới và chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá mối liên quan giữa mức độ NCU với một số đặc điểm vi thể có giá trị trong tiên lượng ung thư nói chung, cũng như trong ung thư dạ dày nói riêng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ các mức độ NCU và giá trị tiên lượng của NCU trong UTDD dựa trên phương pháp xác định NCU của Hội nghị đồng thuận Quốc tế về NCU (ITBCC 2016) [2].

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu. 87 BN UTDD

tại khoa Giải phẫu bệnh lý, Pháp y, Bệnh viện Quân y103 từ 01/2020 đến 03/2023.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. Lấy mẫu thuận tiện, chọn mẫu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn. Thu thập kết quả MBH và đánh giá mức độ NCU của BN UTDD.

#### Xác định mức độ nảy chồi u

- Đọc số NCU trên diện tích vùng đánh giá ở tiêu bản H.E, trên kính hiển vi Olympus CX22 theo quy trình của ITBCC 2016 [2].

+ Đếm số NCU trên vùng tập trung cao nhất các đám tế bào NCU ở vật kính x20

+ Xác định số NCU trên diện tích vùng đánh giá 0,785mm<sup>2</sup> bằng cách chia số NCU đếm được trên vùng tập trung cao nhất các đám NCU cho hệ số quy đổi. Trên kính hiển vi Olympus CX22, với đường kính thị trường 20mm của thị kính, thì diện tích vùng đánh giá là 0,785mm<sup>2</sup> và hệ số quy đổi là 1. Do vậy, công thức tính quy đổi là:

$$\text{Số NCU}/0,785\text{mm}^2 = \frac{\text{Số NCU đếm được}}{1}$$

- Phân độ NCU:

+ Thấp: 0 - 4 NCU/0,785mm<sup>2</sup>

+ Trung bình: 5 - 9 NCU/0,785mm<sup>2</sup>.

+ Cao:  $\geq 10$  NCU/0,785mm<sup>2</sup>.

\* Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 để tính tần số và tỷ lệ phần trăm. Đánh giá mối liên quan giữa NCU với các đặc điểm mô bệnh học bằng kiểm định Chi-square và Fisher's exact. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

#### Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n=87)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤60	37	42,53
	>60	50	57,47
Giới tính	Nam	60	68,97
	Nữ	27	31,03
Vị trí	Phình vị - thân vị	14	16,09
	Hang vị - Môn vị	49	56,32
	Bờ cong nhỏ	24	27,59
Giai đoạn	I	5	5,75
	II	29	33,33
	III	37	42,53
	IV	16	18,39

Độ tuổi trung bình của các BN là: 63,95 ± 10,74, và có 57,47% BN thuộc độ tuổi trên 60 tuổi. BN nam giới chiếm chủ yếu, với tỷ lệ nam/nữ là 2,22/1. 56,32% khối u có vị trí tại hang vị - môn vị. Hầu hết BN thuộc giai đoạn II-III.

**Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học của BN UTDD**

Đặc điểm MBH		Số lượng (n=87)	Tỷ lệ (%)
Lauren 1965	Thể ruột	40	45,98
	Thể lan tỏa	34	39,08
	Khác	13	14,94
TCYTTG 2019	UTBM tuyến ống+nhú	43	49,43
	UTBM tuyến nhầy	11	12,64
	UTBM kém kết dính	20	20,69
	UTBM kém biệt hóa	15	17,24
Xâm lấn khối u (pT)	pT1	4	4,60
	pT2	39	44,83
	pT3	31	35,63
	pT4	13	14,94
Độ biệt hóa	Biệt hóa cao	13	14,94
	Biệt hóa vừa	35	40,23
	Biệt hóa thấp	39	44,83
Di căn hạch	Không di căn	37	42,53
	Có di căn	50	57,47
Xâm nhập (XN) mạch	Không	81	93,10
	Có	6	6,90
XN thần kinh	Không	71	81,61
	Có	16	18,39

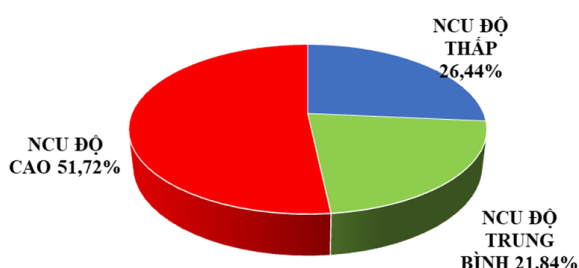
Đa số BN là UTDD típ ruột theo Lauren 1965 và có độ biệt hóa thấp-vừa. 49,43% BN UTBM tuyến ống – nhú theo TCYTTG 2019. BN có mức xâm lấn pT2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (44,83%). Tỷ lệ di căn hạch ở các BN UTBM dạ dày là 57,47%. Chỉ có 6 BN có XN mạch và 16 BN có XN thần kinh.

**3.2. Tỷ lệ các mức độ này chồi u**

**Bảng 4. Đánh giá mối liên quan giữa mức độ NCU với một số đặc điểm mô bệnh học.**

Đặc điểm MBH	NCU TB&T	NCU CAO	P	OR 95%CI
	N (%)	N (%)		
Lauren 1965	Thể ruột	18 (45)	0,25*	0,61 (0,26 – 1,42)
	Thể khác	27 (57,45)		
TCYTTG 2019	UTBM tuyến	22 (40,74)	0,0087*	3,35 (0,91 – 2,75)
	UTBM kém kết dính + kém biệt hoá	10 (30,30)		
Giai đoạn pT	pT1 – pT2	17 (39,53)	0,024*	2,68 (6,11-34,58)
	pT3 – pT4	28 (63,64)		
Độ biệt hóa	Thấp	27 (69,23)	0,003*	3,75 (1,53 – 9,19)
	Cao-vừa	18 (37,5)		
Di căn hạch	Không	12 (32,43)	0,002*	4,04 (23,12 – 140,83)
	Có	33 (66)		
XN mạch	Không	43 (53,09)	0,35+	0,44 (0,27 – 8,98)
	Có	2 (33,33)		
XN thần kinh	Không	39 (54,93)	0,42*	0,64 (0,63 – 5,64)
	Có	7 (43,75)		

NCU TB&T: NCU độ trung bình và thấp. XN: Xâm nhập  
\* Kiểm định Chi bình phương; + Kiểm định Fisher exact test



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các mức độ này chồi u**  
51,72% BN UTBM dạ dày có NCU độ cao. Tỷ lệ NCU độ trung bình và độ thấp chiếm tỷ lệ lần lượt là 21,84% và 26,44%.

**3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan**

**Bảng 3. Đánh giá mối liên quan giữa mức độ NCU với các đặc điểm chung của BN**

Đặc điểm		NCU TB & T	NCU CAO	P
Tuổi	≤60	15	22	0,21*
	>60	27	23	
Giới	Nam	27	33	0,36*
	Nữ	15	12	
Vị trí	Phình vị- thân vị	6	8	0,83*
	Hang vị - môn vị	25	24	
	Bờ cong nhỏ	11	13	
Giai đoạn	I-II	18	16	0,49*
	III-IV	24	29	

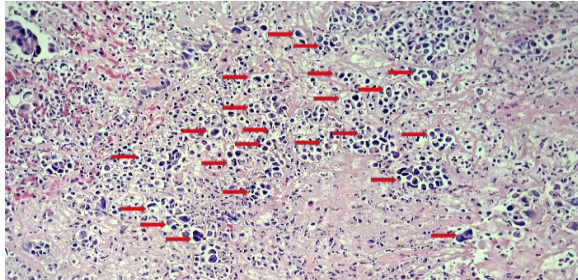
NCU TB&T: NCU độ trung bình và thấp

\* Kiểm định Chi bình phương

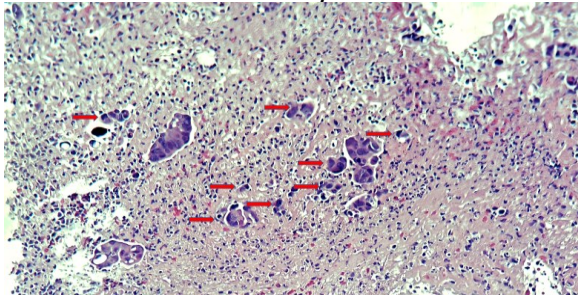
NC của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ NCU với các đặc điểm về tuổi, giới tính, vị trí và giai đoạn lâm sàng của BN UTDD.

Theo TCYYTG 2019, tỷ lệ BN UTBM kém kết dính + kém biệt hoá có NCU độ cao chiếm chủ yếu ( $p=0,0087$ ; OR: 3,35; 95%CI: 0,91 - 2,75). Về xâm lấn khối u, chúng tôi ghi nhận mối liên quan giữa phân độ NCU với xâm lấn khối u (pT) ( $p=0,024$ ), nhóm BN giai đoạn pT3 - pT4 có NCU độ cao cao hơn nhóm BN giai đoạn pT1 - pT2 (OR: 2,68; 95%CI: 6,11-34,58). Về độ biệt hoá, nhóm biệt hoá thấp có NCU độ cao, cao hơn nhóm biệt hoá cao - vừa ( $p = 0,003$ ; OR: 3,75; 95%CI: 1,53 -9,19). Về di căn hạch, ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NCU với đặc điểm di căn hạch ( $p = 0,002$ ), nhóm di căn hạch có NCU độ cao, cao hơn nhóm không di căn hạch (OR: 4,04; 95%CI: 23,12 - 140,83).

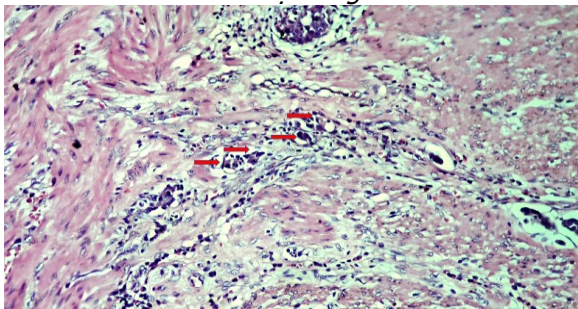
NC của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm NCU với phân nhóm MBH Lauren 1965, đặc điểm xâm nhập mạch hoặc xâm nhập thần kinh.



A: NCU độ cao



B: NCU độ trung bình



C: NCU độ thấp

**Hình 1.** Đánh giá mức độ nẩy chồi u, H.E x200

Mã số tiêu bản: A: 222184; B: 222719; C: 222310

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ các mức độ nẩy chồi u.** Đối chiếu với một số NC đã tiến hành trước đây thấy có sự khác biệt giữa các tác giả. Dita Ulase và cs (2020, n=456) chia phân độ NCU gồm 2 nhóm: NCU độ thấp (có từ 1-9 NCU) và NCU độ cao (trên 9 NCU). Kết quả nghiên cứu (NC) ghi nhận: 22,8% BN NCU độ thấp và 52,0% BN NCU độ cao [3]. Kemi và cs (2019) NC trên 583 BN UTBM tuyến dạ dày. Với cách áp dụng phân độ NCU như trên, tác giả ghi nhận có 44,9% các BN là NCU độ thấp và có 55,1% NCU độ cao [4]. Lương Việt Bằng và cs (2019, n = 214) ghi nhận tỷ lệ BN NCU độ cao chiếm 52,3%, tỷ lệ NCU độ trung bình và thấp lần lượt là 20,6% và 27,1% [5]. Sử dụng phương pháp ITBCC 2016, NC của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự các NC trên với tỷ lệ NCU độ cao là 51,72%. Sự khác biệt giữa các NC có thể do sự khác nhau trong việc phân độ NCU giữa các tác giả, cũng như khác nhau về số lượng mẫu nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu.

### 4.2. Phân tích một số yếu tố liên quan

**- Đánh giá mối liên quan của nẩy chồi u với các đặc điểm chung.** Chúng tôi đã so sánh các đặc điểm chung của BN giữa hai nhóm là: NCU độ cao và NCU độ trung bình - thấp. Các kết quả đều có giá trị  $p>0,05$  khi so sánh giữa hai nhóm phân độ NCU với các đặc điểm về tuổi ( $p = 0,21$ ); giới tính ( $p = 0,36$ ); vị trí ( $p = 0,83$ ); và giai đoạn ( $p = 0,49$ ). Kết quả NC của chúng tôi phù hợp với kết quả NC của nhiều tác giả khác với  $p>0,05$  [5], [6], [7].

**- Đánh giá mối liên quan của nẩy chồi u với một số đặc điểm mô bệnh học.** NC trên 87 BN UTDD, kết quả của chúng tôi đã cho thấy mối liên quan giữa NCU độ cao với phân nhóm UTBM kém kết dính và UTBM kém biệt hoá (TCYTTG 2019), mức độ xâm lấn pT, độ biệt hoá của tế bào u và khả năng di căn hạch. Mức độ NCU đã được chứng minh là khác nhau giữa các phân nhóm MBH của UTBM dạ dày (TCYTTG 2019). NC của chúng tôi cho thấy đa số (69,70%) BN thuộc phân nhóm UTBM kém kết dính và kém biệt hoá chủ yếu có biểu hiện NCU độ cao ( $p=0,0087$ , OR: 3,35; 95%CI: 0,91-2,75). Kết quả NC của chúng tôi phù hợp với kết quả NC của Đào Văn Từ và cs (2020, n = 109) cho thấy 86,96% BN UTBM kém biệt hoá và kém kết dính biểu hiện NCU độ cao và chỉ 34,88% BN UTBM tuyến có NCU độ cao. Tác giả cũng chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa phân độ NCU với phân nhóm MBH theo TCYTTG 2019 với  $p<0,001$  [7]. Dựa theo đánh giá AJCC 8<sup>th</sup> năm 2017, cho

thấy các khối u có xâm lấn pT sâu hơn thì tiên lượng càng xấu hơn. Các NC đánh giá mối liên quan giữa mức độ NCU và độ xâm lấn mô u đều cho thấy giá trị tiên lượng độc lập của các yếu tố này. Tương tự, Dita Ulase và cs (2020, n=456) chỉ ra 54,9% BN giai đoạn pT3 và 68,1% BN giai đoạn pT4 có NCU độ cao [3]. Kemi và cs (2019, n=583) cho thấy BN giai đoạn pT 3 - 4 có NCU độ cao, cao hơn BN giai đoạn pT 1 - 2 (52,6% với 47,4%) [4]. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Kết quả NC của chúng tôi phù hợp với những NC này. Chúng tôi đã tìm thấy mối tương quan đáng kể giữa mức độ NCU và giai đoạn pT, BN có khối u giai đoạn pT3-pT4 có tỷ lệ NCU độ cao, cao hơn so với BN có khối u giai đoạn pT1-pT2 (OR: 2,68; 95%CI: 6,11-34,58).

Kết quả NC của chúng tôi chỉ ra NCU độ cao thuộc nhóm biệt hoá thấp, cao hơn NCU độ cao thuộc nhóm biệt hoá cao - vừa (OR: 3,75; 95%CI: 1,53 - 9,19). Kết quả này phù hợp với NC của Đào Văn Từ và cs (2020, n=109). Nghiên cứu báo cáo rằng 70% BN có NCU mức độ cao có sự biệt hóa thấp, với  $p = 0,009$  [7]. Tương tự, Kemi và cs (2019, n=583) chia mức độ biệt hóa tế bào u của các BN thành hai nhóm: biệt hóa cao - vừa và biệt hóa thấp. Kết quả NC của tác giả cũng chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ NCU độ cao với độ biệt hóa của tế bào u với  $p = 0,004$  [4]. Một NC khác của Luca Szalai và cs (2022, n=290), cũng cho thấy tế bào u biệt hóa thấp là yếu tố tiên lượng xấu, và liên quan có ý nghĩa với NCU độ cao ( $p < 0,001$ , OR: 1,9; 95% CI: 1,4-2,6) [8].

Đặc điểm NCU có mối liên quan mật thiết với tình trạng di căn hạch. Có thể thấy trong nhóm NCU độ thấp và độ trung bình có tỷ lệ di căn hạch là thấp hơn so với nhóm NCU độ cao. Gulluoglu (2015) ghi nhận ở nhóm có NCU, tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm không có NCU (75,9% so với 24,1%), với  $p < 0,0001$  [6]. Dita Ulase và cs (2020) cũng ghi nhận nhóm có NCU có tỷ lệ di căn hạch cao hơn so với nhóm không có NCU (69,8% so với 27,7%), với  $p < 0,001$  [3]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới.

Trong NC của Dita Ulase và cs (2020, n=456) cho thấy 54,85% BN biểu hiện NCU độ cao ở UTDD thể lan tỏa cao hơn đáng kể so với UTDD thể ruột, chỉ với 26,6%,  $p < 0,001$  [3]. Tương tự, Kemi và cs (2019, n=583) cũng ghi nhận mức độ NCU độ cao, ở những BN UTDD thể lan tỏa cao hơn so với những BN UTDD thể ruột và thể hỗn hợp (70,1% so với 29,9%) [4]. NC

của Luca Szalai và cs (2022, n=290), tỷ lệ NCU độ cao ở UTDD thể ruột cao hơn UTDD thể lan tỏa (48,7% so với 42,15). Các NC trên đều cho thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ NCU độ cao với UTDD thể lan tỏa ( $p < 0,05$ ) [8]. Tuy nhiên, NC của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan đáng kể giữa mức độ NCU và phân nhóm mô bệnh học theo Lauren ( $p > 0,05$ ; OR: 0,61; 95%CI: 0,26 - 1,42). Sự không nhất quán giữa các NC có thể là do sự khác biệt trong các phương pháp được sử dụng để đánh giá mức độ NCU và các tiêu chí được sử dụng để phân nhóm mô bệnh học theo Lauren.

Xâm nhập mạch và xâm nhập thần kinh là những đặc điểm quan trọng của sự phát triển và xâm lấn của khối u. Đó là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tăng nguy cơ di căn, nguy cơ tái phát, và giảm thời gian sống thêm. Tuy nhiên, NC của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt giữa mức độ NCU với đặc điểm xâm nhập mạch và/hoặc xâm nhập thần kinh ( $p > 0,05$ ; OR < 1). Phải chăng cỡ mẫu NC của chúng tôi còn thấp, rất ít BN có tình trạng xâm nhập mạch và/hoặc xâm nhập thần kinh, do vậy NC không ghi nhận những đặc điểm liên quan giữa mức độ NCU và tình trạng xâm nhập mạch và xâm nhập thần kinh.

## V. KẾT LUẬN

- UTBM tuyến ống - nhú chiếm tỷ lệ cao nhất (49,43%). Các khối u chủ yếu có mức độ biệt hóa vừa và biệt hóa thấp. Theo phân loại Lauren, UTBM thể ruột chiếm đa số. Phần lớn các BN có tế bào u xâm lấn đến lớp cơ (pT2). Tỷ lệ di căn hạch chiếm 42,53%. Rất ít BN có xâm nhập mạch và xâm nhập thần kinh. 51,72% các trường hợp là này chồi u độ cao.

- Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa này chồi u độ cao với phân nhóm mô bệnh học UTBM kém kết dính và UTBM kém biệt hóa (TCYTTG 2019), mức độ xâm lấn (pT cao), độ biệt hóa thấp và khả năng di căn hạch của tế bào u.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rawla P, Barsouk A (2019). Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors, and prevention. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*, 14(1), 26-38.
2. Luqli A, Kirsch R, Ajioka Y, et al (2017). Recommendations for reporting tumor budding in colorectal cancer based on the International Tumor Budding Consensus Conference (ITBCC) 2016. *Modern pathology*, 30(9), 1299-1311.
3. Ulase D, Heckl S, Behrens H.M et al. (2020). Prognostic significance of tumor budding assessed in gastric carcinoma according to the criteria of the International Tumor Budding Consensus

- Conference. *Histopathology*, 76(3), 433-446.
4. **Kemi, N. et al.** (2019). Gastric adenocarcinoma: Tumor Budding Subtypes and their Prognostic Influence on Outcome in a Nigerian Tertiary Hospital. *Journal of Cancer Epidemiology*.
  5. **Lương Việt Bằng.** (2019). Tumor characteristics and histology subtype of gastric adenocarcinoma in Vietnamese population. *Journal of Pathology and Translational Medicine*, 53(4), 232-238.
  6. **Gulluoglu M, Yegen G, Ozluk Y et al.** (2015). Tumor budding is independently predictive for lymph node involvement in early gastric cancer. *International journal of surgical pathology*, 23(5), 349-358.
  7. **Đào Văn Từ, Nguyễn Văn Chu, Nguyễn Tiến Quang và cộng sự.** (2020). Evaluation of tumor budding in predicting survival for gastric carcinoma patients in Vietnam. *Cancer Control*, 27(1).
  8. **Szalai L, Jakab A, Kocsmár I et al.** (2022). Prognostic Ability of Tumor Budding Outperforms Poorly Differentiated Clusters in Gastric Cancer. *Cancers*, 14(19), 4731.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Trần Anh Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Liên<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thành Bắc<sup>1</sup>, Ngô Quang Hùng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm tại bệnh viện K trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô cắt ngang trên 34 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm được phẫu thuật, làm các xét nghiệm cận lâm sàng và điều trị hóa xạ trị phối hợp tại bệnh viện K trung ương, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** tuổi mắc trung bình của bệnh nhân là  $46,8 \pm 15,6$  tuổi, nhóm tuổi 40-59 tuổi chiếm đa số (trên 50%). Nam giới chiếm chủ yếu với 70,6%. Bệnh nhân thường đến viện sớm do bệnh tiến triển nhanh chẩn đoán trong vòng 1 tháng chiếm tỷ lệ 52,9%, 1-3 tháng chiếm tỷ lệ 41,2% với lý do vào viện chủ yếu là đau đầu (88,2%). Thể trạng bệnh nhân khi nhập viện cho thấy có trên 70% trường hợp có điểm Karnofsky <60 điểm. **Kết luận:** U nguyên bào thần kinh đệm có tuổi mắc bệnh thường ngoài 40, thời gian phát hiện bệnh thường sớm, với lý do vào viện chủ yếu là đau đầu. Bệnh nhân tại lúc vào viện thường bắt đầu có sự suy giảm về thể trạng.

**Từ khóa:** u nguyên bào thần kinh đệm, đặc điểm lâm sàng, bệnh viện K.

### SUMMARY

#### RESEARCH FOR CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH GLIOBLASTOMA

**Objectives:** Describe the clinical characteristics in patients with glioblastoma at National Cancer Central Hospital. **Subjects and methods:** cross-sectional tissue study on 34 glioblastoma patients undergoing surgery, laboratory tests and combined

chemotherapy and radiotherapy at National Cancer Central Hospital, Tan Trieu campus. Tide from January 2019 to December 2020. **Results:** the average age of patients was  $46.8 \pm 15.6$  years old; the age group 40-59 years accounted for the majority (over 50%). Men accounted for the majority, with 70.6%. Patients often came to the hospital early due to the rapidly progressing disease, diagnosed within one month, accounting for 52.9%, 1-3 months, accounting for 41.2%, with the main reason for admission to the hospital as headache (88.2%). The patient's condition on admission showed that over 70% of cases had Karnofsky scores <60 points. **Conclusion:** Glioblastoma with disease age is usually over 40, and the time to detect the disease is usually early, with the main reason for hospitalization being a headache. Patients at the time of admission often begin to have physical deterioration. **Keywords:** glioblastoma, clinical features, K hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các các loại u thần kinh đệm phổ biến nhất ở người lớn bao gồm u nguyên bào thần kinh đệm (độ IV), u tế bào hình sao, tế bào thần kinh đệm ít nhánh (độ I – III). Trong những năm gần đây, thông tin phân tử ngày càng được sử dụng nhiều hơn và mới được đưa vào phân loại WHO sửa đổi năm 2016 của khối u của hệ thần kinh trung ương [1]. Dữ liệu dịch tễ học lâm sàng về bệnh nhân u thần kinh đệm bậc cao là tương đối ít do tỷ lệ mắc bệnh còn thấp, tỷ lệ tử vong cao và các bệnh không đồng nhất với một số phân nhóm khối u. Các nghiên cứu dựa trên dân số quy mô lớn là cần thiết để xem xét quá trình tiến triển tự nhiên của các khối u tương đối hiếm và rất đa dạng này [2], [3]. Trong các loại u tế bào thần kinh đệm bậc cao, u nguyên bào thần kinh đệm là loại có độ ác tính cao nhất. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u nguyên bào

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Bệnh viện K – Tân Triều

<sup>3</sup>Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Hùng

Email: drhungpttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023