

thống kê. Tuy nhiên tỉ lệ tái phát 2 năm sau mổ và di căn xa có sự khác biệt rõ rệt và cao nhất ở nhóm có tế bào kém biệt hóa. Theo nghiên cứu của Tamura trên 952 bệnh nhân ghép gan, 7 yếu tố liên quan đến khối u ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân: số lượng, kích thước, nhân vệt tinh, tình trạng xâm lấn mạch, di căn hạch cuống gan, độ mô học và giai đoạn pTNM. Tỷ lệ sống trên 3 năm ở những trường hợp UTBMTBG biệt hóa cao và vừa, kích thước u dưới 5cm là 81%, kích thước u trên 5cm là 62%. Tỷ lệ sống trên 1 năm ở những trường hợp UTBMTBG kém biệt hóa là 0%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phân thùy sau có kiểm soát cuống chọn lọc trong điều trị UTBMTBG là phẫu thuật có tính khả thi, an toàn và cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN**, 2020.
2. **Ruzzenente, A., et al.**, Impact of age on short-term outcomes of liver surgery: Lessons learned in 10-years' experience in a tertiary referral

- hepato-pancreato-biliary center. Medicine (Baltimore), 2017. 96(20): p. e6955.
3. **Zoli, M., et al.**, Portal blood velocity and flow in aging man. Gerontology, 1989. 35(2-3): p. 61-5.
 4. **Wynne, H.A., et al.**, The effect of age upon liver volume and apparent liver blood flow in healthy man. Hepatology, 1989. 9(2): p. 297-301.
 5. **Kim, J.M., et al.**, Hepatectomy is a reasonable option for older patients with hepatocellular carcinoma. The American Journal of Surgery, 2015. 209(2): p. 391-397.
 6. **Shirabe, K., et al.**, Early outcome following hepatic resection in patients older than 80 years of age. World J Surg, 2009. 33(9): p. 1927-32.
 7. **Yamashita, Y., et al.**, Longterm favorable results of limited hepatic resections for patients with hepatocellular carcinoma: 20 years of experience. J Am Coll Surg, 2007. 205(1): p. 19-26.
 8. **tế, B.y.**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2020: p. 1-34.
 9. **Thành, L.V.**, Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. 2013: Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y, Hà Nội. 1-123.
 10. **Hsieh, C.B., et al.**, Prediction of the risk of hepatic failure in patients with portal vein invasion hepatoma after hepatic resection. Eur J Surg Oncol, 2006. 32(1): p. 72-6.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Cù Chiến Thắng¹, Trần Danh Cường², Phạm Hải Hà¹,
Đỗ Thanh Huyền¹, Đỗ Lan Hương¹,
Nguyễn Thị Mai Hương¹, Vũ Thị Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rau cài răng lược là một bệnh lý sản khoa gây chảy máu trầm trọng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến cắt tử cung. Chẩn đoán và đánh giá độ xâm lấn của bánh rau giúp giảm biến chứng cho thai phụ. **Mục tiêu:** mức độ tương hợp giữa cộng hưởng từ (CHT) và phẫu thuật, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán rau cài răng lược. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca bệnh hồi cứu. Mẫu là các thai phụ được chẩn đoán rau cài răng lược trên CHT, được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2021 đến 31/12/2021, có cách thức phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Cộng hưởng từ chẩn đoán đúng 50 trường hợp RCRL trong số 56 trường hợp của nghiên cứu (89%). CHT

chẩn đoán được 96,8% số trường hợp rau cài lớp cơ và 83,3% số trường hợp rau xuyên cơ tử cung.

Từ khóa: Rau cài răng lược, cộng hưởng từ, bệnh viện phụ sản trung ương.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN GRAVID WOMEN FOR PLACENTA ACCRETA

Introduction: Placenta accreta is an obstetric condition associated with life-threatening hemorrhage, the main cause of postpartum hysterectomy. Its diagnosis and evaluation of degree of invasiveness can help to reduce maternal mortality and morbidity. **Objectives:** To review and describe the magnetic resonance imaging (MRI) features in gravid women with suspected placenta accreta and correlate these findings with surgery and pathology finding. **Materials and methods:** Series retrospective descriptive cases report. Gravid women diagnosed with placenta accreta on MRI, operated on at the National Obstetrics Hospital from January 1, 2021 to December 31, 2021, with surgery protocol and

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cù Chiến Thắng

Email: cuchiaienthang.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

pathology results. **Results:** MRI correctly diagnosed 50 cases of placenta accreta spectrum out of 56 cases in the study (89%). MRI correctly diagnosed 96.8% of cases of placenta accreta and 83.3% of cases of placenta percreta. **Keywords:** Placenta accreta, magnetic resonance, national hospital of Obstetrics and Gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược là một bệnh lý sản khoa do các gai rau bám bất thường, khi chảy máu có thể gây ra những biến chứng nặng nề cho mẹ và thai nhi. Trong bệnh lý RCRL, các gai rau có thể bám qua lớp niêm mạc tử cung đến lớp cơ tử cung, hoặc xuyên qua thành tử cung đến lớp thanh mạc và đến các cơ quan xung quanh như bàng quang, trực tràng [1]. Tùy độ mức độ bám của rau vào cơ tử cung, rau cài răng lược được chia thành 3 loại: rau bám chặt là các gai rau ăn sâu vào đến lớp dưới niêm mạc tử cung nhưng chưa xâm lấn vào lớp cơ TC, rau cài lớp cơ khi gai rau bám vào đến lớp cơ tử cung, rau đâm xuyên cơ tử cung khi các gai rau ăn xuyên hết lớp cơ tử cung, đến thanh mạc và có thể xâm lấn cơ quan lân cận [2]. Chẩn đoán chính xác rau cài răng lược trước khi chấm dứt thai kỳ rất quan trọng giúp các bác sĩ có kế hoạch quản lý và chọn phương pháp tối ưu nhất. Hiện nay, tầm soát và chẩn đoán RCRL trước sinh còn khó khăn, độ chính xác của siêu âm và CHT vẫn còn là một vấn đề cần nghiên cứu. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài "Vai trò của cộng hưởng tử trong chẩn đoán rau cài răng lược".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

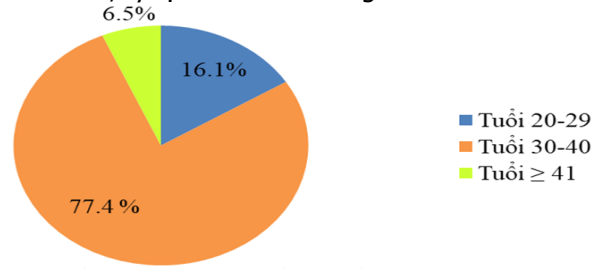
Đối tượng nghiên cứu: Là tất cả những thai phụ được chẩn đoán RCRL trên CHT và được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2021, có đủ cách thức phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, quản lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0, được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn nếu kết quả có phân phối chuẩn, hoặc dưới dạng số trung vị và tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thu thập được 56 trường hợp được chẩn đoán RCRL bằng CHT, có 50 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là

RCRL. Trong đó CHT chẩn đoán đúng 50 trong số 56 ca, tỷ lệ chẩn đoán đúng RCRL là 89%.



Biểu đồ 1: Đặc điểm tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 34,1 ± 4,1 tuổi. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 24 tuổi, lớn tuổi nhất là 44 tuổi. Nhóm tuổi 30-40 tuổi có tỷ lệ RCRL cao nhất chiếm 77,4%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân rau cài răng lược cao có thể lý giải bởi độ tuổi sinh con ngày càng cao, và rau cài răng lược thường bị ở những phụ nữ sinh nhiều lần. Nghiên cứu tổng quan của Bahar và cộng sự năm 2009 cũng chỉ ra rằng tuổi mẹ cao là một trong những yếu tố nguy cơ của rau cài răng lược [3].

Bảng 1: Tiền sử mổ lấy thai

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ
Không mổ	2	4 %
Mổ 1 lần	18	36 %
Mổ 2 lần	25	50 %
Mổ 3 lần	5	10 %
Tổng số	50	100%

Có 96% số thai phụ có tiền sử mổ lấy thai, 60% số thai phụ có tiền sử mổ lấy thai từ 2 lần trở lên. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra tiền sử mổ lấy thai là yếu tố nguy cơ hàng đầu của rau cài răng lược. Tỷ lệ RCRL tăng theo tỷ lệ mổ lấy thai [4, 5].

Bảng 2. Đặc điểm bánh rau của thai kỳ hiện tại

Phân loại và vị trí	Đặc điểm	Tỷ lệ
Loại rau tiền đạo	Rau bám mép	4%
	Rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn	12%
	Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn	84%
Vị trí rau	Mặt trước	76%
	Mặt sau	16%
	Bên	8%

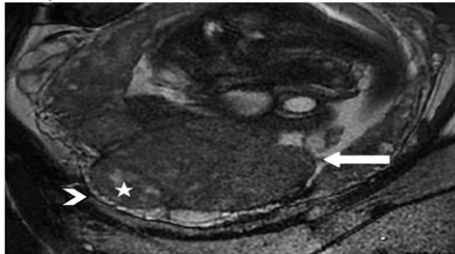
Có 76% số ca rau cài răng lược có rau bám mặt trước. Mặt trước tử cung cũng là nơi có sẹo mổ lấy thai cũ do đó cơ tử cung thường mỏng hơn các vị trí còn lại, bánh rau thường phải bám rộng hơn là lan xuống phía cổ tử cung nên RCRL thường kết hợp với RTĐ. Trong nghiên cứu này

96% số ca RCRL là RTĐ.

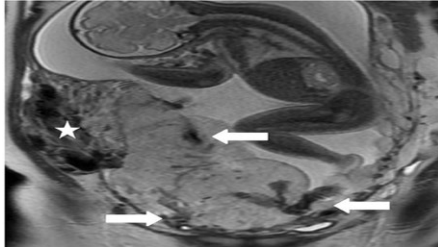
Bảng 3. Các dấu hiệu của RCRL trên cộng hưởng từ

Dấu hiệu	Có	Không	Tổng
Bánh rau phồng	32	18	50
Tăng tín hiệu không đồng nhất trong bánh rau	48	2	
Dải băng tối trong bánh rau	47	3	
Gián đoạn cơ tử cung	47	3	
Dấu hiệu rau xâm lấn các cơ quan lân cận	9	41	

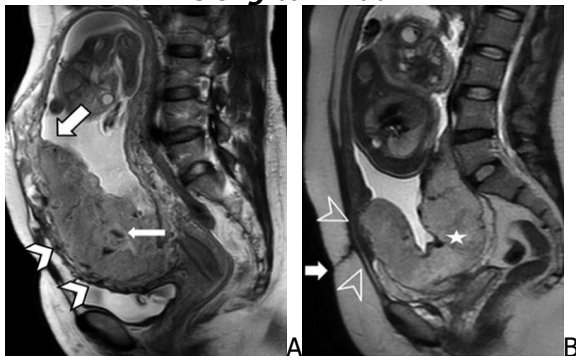
Chúng tôi nhận thấy ba dấu hiệu đặc trưng của hình ảnh cộng hưởng từ rau cài răng lược là: tăng tín hiệu không đồng nhất trong bánh rau chiếm 96% số trường hợp, dải băng tối trong bánh rau chiếm và gián đoạn cơ tử cung cùng chiếm 94% số ca. Trong nghiên cứu phân tích gộp, Morel và cộng sự cũng chỉ ra rằng ba dấu hiệu trên là thường gặp nhất chiếm trên 80% số phim chụp CHT [6].



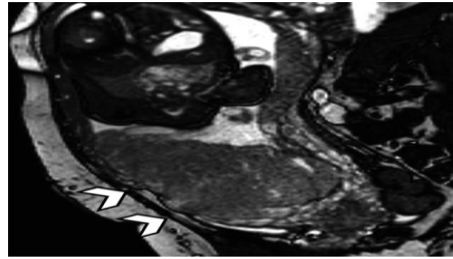
Hình 1. Dấu hiệu bánh rau phồng



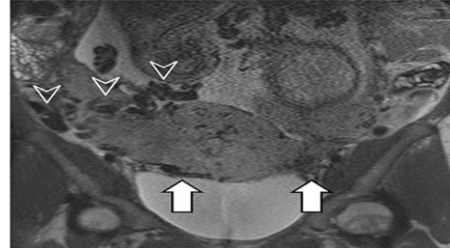
Hình 2. Tăng tín hiệu không đồng nhất trong bánh rau



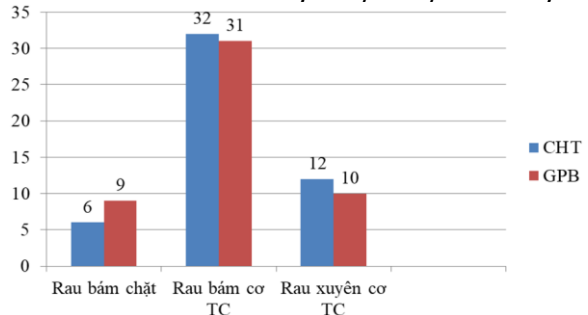
Hình 3. Dải băng tối trong bánh rau



Hình 4. Gián đoạn cơ tử cung



Hình 5. Rau xâm lấn trực tiếp cơ quan lân cận



Biểu đồ 2: Mức độ tương hợp của CHT và GPB

Cộng hưởng từ chẩn đoán đúng 66,7% số ca rau bám chặt, 96,8% số ca rau bám lớp cơ và 83,3% số ca rau đâm xuyên cơ tử cung. Kết quả này cho thấy CHT có giá trị cao trong chẩn đoán xác định RCRL nói chung và chẩn đoán phân độ RCRL nói riêng đặc biệt hai thể rau bám cơ tử cung và rau xuyên cơ tử cung. Riêng đối với thể rau bám chặt, vì mức độ rau bám đến lớp dưới niêm mạc tử cung ít gây biến đổi ở cơ tử cung và thanh mạc nên khả năng phát hiện chưa cao như hai thể còn lại. Trong một nghiên cứu của Alessandra Familiari năm 2018 phân tích gộp 20 nghiên cứu với 1010 bệnh nhân, tác giả cũng chỉ ra cộng hưởng từ có độ nhạy 94,4%, độ đặc hiệu 98%, đặc biệt cộng hưởng từ chẩn đoán phân độ rau cài răng lược chính xác đến 95% [7]. Có thể thấy CHT có nhiều ưu thế trong chẩn đoán RCRL vì không bị giới hạn bởi độ dày thành bụng, vị trí rau bám và tương quan với các tạng khác trong tiểu khung. Đặc biệt dấu hiệu gián đoạn cơ tử cung và rau xâm lấn các cơ quan lân cận có thể quan sát khá rõ trên phim CHT, giúp đánh giá mức độ xâm lấn cơ và xung quanh. Nhìn chung các nghiên cứu đều đánh giá cao khả

năng chẩn đoán xác định và phân độ rau cài răng lược của cộng hưởng từ [8].

IV. KẾT LUẬN

CHT có giá trị cao trong chẩn đoán xác định RCRL (89%) và chẩn đoán phân độ RCRL đặc biệt thể rau bám cơ tử cung (96,8%) và rau xuyên cơ tử cung (83,3%). Hình ảnh đặc hiệu của RCRL trên CHT là tăng tín hiệu không đồng nhất, dải băng tối trong bánh rau và gián đoạn cơ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chou, M.M., Ho E.S., Lee Y.H., et al.** Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000; 15(1), 28-35.
2. **Garmi, G., R. Salim.** Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int*. 2012; 873-929.
3. **Bahar, A.** Risk factors and pregnancy outcome in different types of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31(2). 126-31.
4. **Tinari, S., D Bucka., G Cali., et al.** Risk factors, histopathology and diagnostic accuracy in posterior placenta accreta spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021; 57(6). 903-909.
5. **Silver, R., Mark B., Dwight J., et al.** Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*, 2006; 107(6). 1226-32.
6. **Morel O., Collins S., Uzan-Augui J., et al.** A proposal for standardized magnetic resonance imaging (MRI) descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019; 100. 391-37.
7. **Familiari A., Liberati M., Lim P., et al.** Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging in detecting the severity of abnormal invasive placenta: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018; 97(5). 507-520.
8. **D'Antonio F., Iacovella C., Palacios-Jaraquemada J., et al.** Prenatal identification of invasive placentation using magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014; 44(1). 8-16.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG THỂ THANH DỊCH ĐỘ THẤP TẠI BỆNH VIỆN K

Đào Văn Tú¹, Nguyễn Văn Hà¹, Hoàng Đức Thành¹,
Nguyễn Thị Hà¹, Lê Thị Uyên¹, Hoàng Mạnh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng thể thanh dịch độ thấp tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư biểu mô thanh dịch độ thấp được điều trị tại bệnh viện K trong giai đoạn từ 01/2015 đến 10/2023. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 35 bệnh nhân UTBMBT thể thanh dịch độ thấp điều trị tại bệnh viện K, tuổi trung bình là 47,1 tuổi. Tỷ lệ BN có triệu chứng lâm sàng là 80,0%, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (57,1%), 85,7% BN có chỉ số CA 12-5 trước điều trị tăng cao, bệnh giai đoạn IIIC thường gặp nhất chiếm 37,1%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 84,5%, sống thêm không bệnh 5 năm là 73,6%. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng bệnh. **Kết luận:** Ung thư biểu mô buồng trứng thể thanh dịch độ thấp có một số đặc điểm lâm sàng đặc trưng khác với các thể ung thư biểu mô khác. BN giai đoạn sớm đạt hiệu quả

tốt sau điều trị.

Từ khóa: Ung thư biểu mô buồng trứng thể thanh dịch độ thấp

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF LOW GRADE SEROUS OVARIAN CANCER IN K HOSPITAL

Objective: To identify the clinical characteristics, the laboratory characteristics, the result of treatment, and the prognostic factors of low grade serous ovarian cancer. **Patients:** The patients was diagnosed low grade serous ovarian cancer and treated at Vietnam National Cancer Hospital from January 2015 to novembre. **Method:** Retrospective combined prospective study, convenience sampling. **Results:** We collected 35 patients who were eligible for study. The average age at diagnosis was 47,1. Rate of symptomatic patient was 80,0%, the main presenting symptom was abdominal pain (57,1%), 85,7% patients had elevated CA 12-5 before treatment. The rate of stage IIIC was 37,1%. The five-year overall survival rate was 84,5, the five-year disease free survival rate was 73,6%. The stage of disease was the main prognostic factor. **Conclusion:** Low grade serous ovarian cancer shows distinct features compared to other epithelial ovarian cancers. The majority of patients with early stage had excellent survival

Keywords: Low grade serous ovarian cancer

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Tú

Email: daovantu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023