

năng chẩn đoán xác định và phân độ rau cài rặng 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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là bệnh lý ung thư thường gặp và là bệnh lý ung thư phụ khoa gây tử vong nhiều nhất, trong đó phổ biến nhất là ung thư biểu mô. Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) thể thanh dịch độ thấp hiếm gặp, chiếm khoảng <5% UTBMBT¹. UTBMBT thanh dịch độ thấp có đặc điểm lâm sàng khác biệt so với các thể bệnh khác, thường được chẩn đoán ở tuổi trẻ, lâm sàng tiến triển thềm lặng, tiên tượng tốt hơn thể độ cao với thời gian sống thêm toàn bộ khoảng 99 tháng và tỉ lệ sống 5 năm khoảng 75%². Về phác đồ điều trị của UTBMBT thanh dịch độ thấp tương tự các thể các thể UTBMBT khác gồm phẫu thuật khởi đầu hoặc giữa kỳ và hóa chất hỗ trợ hoặc hỗ trợ trước. Tại Việt Nam, số lượng UTBMBT thể thanh dịch độ thấp ngày càng gia tăng, tuy nhiên, hiện nay có ít nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về UTBMBT thanh dịch độ thấp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của BN UTBMBT thanh dịch độ thấp tại bệnh viện K*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân UTBMBT thể thanh dịch độ thấp, được điều trị tại bệnh viện K

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng thể thanh dịch độ thấp dựa trên kết quả mô bệnh học/cell bloc

- Điều trị tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 10/2023

- Không có bệnh ung thư khác kèm theo
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh từ chối điều trị.
- Người bệnh mắc bệnh đồng mắc nặng phổi hợp đe dọa tính mạng

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

2.3. Thời gian: 02/2023 đến 10/2023

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh nhân đảm bảo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên đều được đưa vào nghiên cứu, n= 35

Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, triệu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng giai đoạn bệnh. Đánh giá kết quả bằng thời gian sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ.

2.5. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 35 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm tuổi BN

| Đặc điểm | n | Tỉ lệ (%) |
|-----------------|---|-----------|
| Tuổi trung bình | | 47,1 |

Nhận xét: Tuổi trung bình là 47,1 tuổi, thấp nhất là 18, cao nhất là 83 tuổi.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng lâm sàng | n | Tỉ lệ (%) |
|----------------------|----|-----------|
| Không triệu chứng | 7 | 20 |
| Đau bụng | 20 | 57,1 |
| Cổ chướng | 10 | 28,6 |
| Sờ thấy u | 8 | 22,8 |
| Rối loạn đại tiện | 5 | 14,3 |
| Sút cân | 2 | 5,7 |

Nhận xét: Một BN có thể có một hoặc vài triệu chứng, triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (57,1%). 20% BN không triệu chứng

Bảng 3. CA 12-5 trước điều trị

| CA 12-5 trước điều trị | n | Tỉ lệ (%) |
|------------------------|----|-----------|
| CA 12-5 trung bình | | 389,9 |
| CA 12-5 thấp nhất | | 11,1 |
| CA 12-5 cao nhất | | 1622,0 |
| ≥35 | 5 | 14,3 |
| <35 | 30 | 85,7 |

Nhận xét: CA 12-5 trung bình là 389,9 U/ml, 5 BN (14,3%) có CA 12-5 bình thường, 30 BN (85,7%) có CA 12-5 tăng



■ Ia ■ Ib ■ Ila ■ Iib ■ IIIb ■ IIIc ■ IVa ■ IVb

Biểu đồ 1. Giai đoạn bệnh

Nhận xét: Giai đoạn IIIc chiếm tỷ lệ cao nhất (37,1%), giai đoạn IVa, IVb, Ic, Ib cùng chiếm 2,8%, giai đoạn IIIb, Iib, IIa, lần lượt chiếm 8,6%, 22,9%, 11,4%

Bảng 4. Loại phẫu thuật

| | n | % |
|----------------------------|----|------|
| Phẫu thuật | | |
| PT lấy u ở địa phương | 3 | 8,6% |
| Phẫu thuật khởi đầu | 35 | 100 |
| Phẫu thuật giữa kỳ | 0 | 0 |
| Loại phẫu thuật | | |
| Cắt TCTB + 2 PP + MNL + RT | 15 | 42,9 |
| Cắt TCTB + 2 PP + MNL | 15 | 42,9 |

| | | |
|----------------------------------|---|-----|
| Cắt TCTB + 2 PP + MNL + RT + VHC | 3 | 8,6 |
| Cắt PP (P) + MNL | 2 | 5,6 |

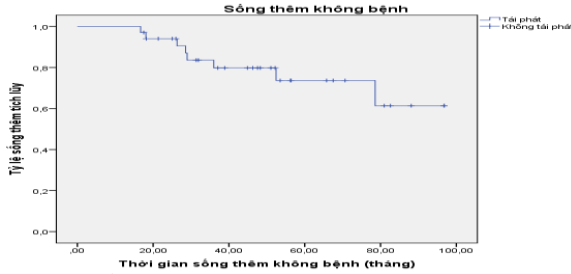
Nhận xét: 100% BN được phẫu thuật khởi đầu. Đa phần bệnh nhân được phẫu thuật cắt TCTB + 2 PP + MNL ± RT (85,8%)

Chú thích: TCTB: tử cung toàn bộ; PP: phần phụ; MNL: mạc nối lớn; RT: ruột thừa; VHC: vét hạch chậu

Bảng 5. Hóa chất bổ trợ

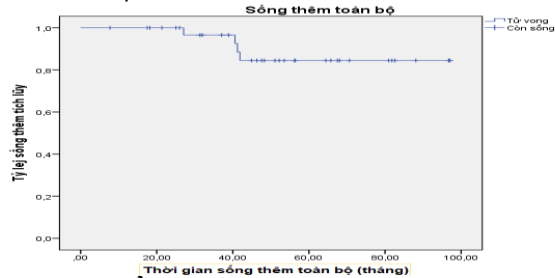
| Hóa chất bổ trợ | n | % |
|------------------------|----|------|
| Paclitaxel-Carboplatin | 31 | 88,6 |
| Không hóa trị | 4 | 11,4 |

Nhận xét: 31 BN (88,6%) điều trị hóa chất bổ trợ, tất cả được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin. Trong 4 BN không điều trị hóa chất: 3 BN giai đoạn IA không có chỉ định, 1 BN giai đoạn IIIC từ chối điều trị



Biểu đồ 2. Sống thêm không bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm là: 73,6%



Biểu đồ 3. Sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm: 84,5%

Bảng 7: Liên quan giữa sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ và giai đoạn bệnh

| Giai đoạn bệnh | I, II (n=17) | III, IV (n=18) | P |
|----------------------------|--------------|----------------|---------|
| Sống thêm không bệnh 5 năm | 88,2% | 66,7% | P=0,12 |
| Sống thêm toàn bộ 5 năm | 100% | 77,8% | P=0,028 |

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm giai đoạn I,II là 88,2% cao hơn giai đoạn III, IV là 66,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sống thêm toàn bộ 5 năm giai đoạn

I,II là 100% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm giai đoạn III,IV là 77,8%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của BN. Tuổi trung bình mắc UTBMBT là 63 tuổi. Có sự khác biệt về lứa tuổi trong các thể mô bệnh học khác nhau. UTBMBT thanh dịch độ thấp thường gặp ở lứa tuổi trẻ hơn so với UTBMBT nói chung. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,1. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho các kết quả tương tự. Theo các nghiên cứu của tác giả Gershenson DM và cộng sự, UTBM thể thanh dịch độ thấp thường gặp ở lứa tuổi từ 43 đến 46,5 tuổi^{3,4}, thường thấp hơn thể thanh dịch độ cao. Do đó, cần lưu ý đến thể bệnh này ở những BN UTBMBT phát hiện ở lứa tuổi trẻ.

Về triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần các BN có triệu chứng trước khi đến viện với 80% BN có triệu chứng lâm sàng, 20% BN tình cờ phát hiện bệnh. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo tác giả Olson và cộng sự trên 168 BN ung thư buồng trứng nói chung, 93% BN có triệu chứng lâm sàng.⁵ Phân tích các triệu chứng lâm sàng của BN UTBMBT thanh dịch độ thấp, chúng tôi nhận thấy triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng, chiếm 57,1% và cổ chướng, chiếm 28,6%. Ngoài ra, BN có thể tự sờ thấy khối u (22,6%), rối loạn đại tiểu tiện (14,3%). Đây là các triệu chứng thể hiện sự tiên triển, chèn ép tại chỗ, tại vùng, di căn phúc mạc của bệnh. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Linh và cộng sự, các triệu chứng thường gặp nhất đau bụng hạ vị chiếm 86% và chướng bụng chiếm 58%. Theo tác giả Olson và cộng sự, 71% BN có triệu chứng căng bụng, 52% BN đau bụng⁵. Qua đó cho thấy, đau bụng, chướng bụng là các triệu chứng thường gặp trong UTBMBT thanh dịch độ thấp. Đây là các triệu chứng không đặc hiệu, có thể gặp trong nhiều bệnh lý lành tính và ác tính. Do tính thường gặp trong UTBMBT nên đây là các triệu chứng cần lưu ý ở phụ nữ trung niên, giúp phát hiện sớm và tránh bỏ sót bệnh.

CA 12-5 là chất chỉ điểm u quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi UTBMBT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 14,3% BN có CA 12-5 bình thường, 85,7% BN có CA 12-5 tăng cao, CA12-5 trung bình là 389,9. Kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu trên thế giới. Theo nghiên cứu của David M Gershenson trên 350 BN UTBMBT thanh dịch độ thấp, CA 12-5 trung bình

là 401,1. Theo nghiên cứu của Christoph Wohlmuth và cộng sự, 86% BN UTBMBT thanh dịch độ thấp có CA 12-5 tăng cao.⁶ Các dữ liệu cho thấy đa phần UTBMBT thanh dịch độ thấp có chỉ số CA 12-5 tăng cao. Do đó, CA 12-5 là chất chỉ điểm u tốt trong chẩn đoán và theo dõi tình trạng bệnh trong quá trình điều trị.

UTBMBT không có triệu chứng đặc hiệu. Do đó, UTBMBT nói chung và thể thanh dịch độ thấp thường chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư giai đoạn IIIC thường gặp nhất với 37,1%, giai đoạn II, I, IV lần lượt chiếm 34,3%, 14,2% và 5,7%. Các số liệu trên thế giới cũng cho thấy phần lớn bệnh chẩn đoán ở giai đoạn III: Theo nghiên cứu của tác giả David M Gershenson, 83,4% BN chẩn đoán ở giai đoạn III, 8,3% ở giai đoạn IV⁴, theo một nghiên cứu khác cũng của tác giả David M Gershenson trên các BN giai đoạn II,III, IV, 90% BN được chẩn đoán ở giai đoạn III³. Theo tác giả Christoph Wohlmuth và cộng sự, 82% BN được chẩn đoán ở giai đoạn III,IV.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn các BN được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, có thể do có sự khác biệt về mẫu nghiên cứu.

4.2. Kết quả điều trị. Phẫu thuật lấy u tối đa khởi đầu theo sau bởi hóa trị bổ trợ dựa trên nền tảng platinum là điều trị chuẩn cho ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển từ những năm 1990⁷. Những năm gần đây, hóa chất bổ trợ trước là một lựa chọn điều trị ngày càng được sử dụng nhiều trong các trường hợp bệnh giai đoạn tiến triển, giúp tạo thuận lợi cho phẫu thuật, tăng tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ. Tuy nhiên, ung thư buồng trứng thanh dịch độ thấp ít nhạy cảm với hóa trị so với thể thanh dịch độ cao, chỉ định này cần được cân nhắc thận trọng. Phân tích dữ liệu về điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các BN đều được phẫu thuật khởi đầu, không có BN nào được điều trị hóa chất bổ trợ trước. Trong đó 42,9% bệnh nhân mổ cắt tử cung toàn bộ (TCTB), 2 phần phụ (PP), mạc nối lớn (MNL) có hoặc không cắt ruột thừa, có 5,6% bệnh nhân được bảo tồn PP trái, cắt TCTB + PP phải + MNL.

Hóa chất bổ trợ đóng vai trò quan trọng trong điều trị ung thư biểu mô buồng trứng. Hóa chất được chỉ định trong các trường hợp: bệnh giai đoạn FIGO IC trở lên, u độ cao hoặc thể độ ác tính cao như tế bào sáng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN (11,4%) không điều trị hóa chất bổ trợ, 3 BN ở giai đoạn FIGO IA không có chỉ định điều trị, 1 BN giai đoạn IIIC từ chối điều trị hóa chất. Phác đồ hóa chất bổ trợ tiêu

chuẩn với ung thư biểu mô buồng trứng là phác đồ bộ đôi phối hợp thuốc nhóm platinum và taxane, trong đó phác đồ được sử dụng rộng rãi nhất là Paclitaxel-Carboplatin. Phân tích dữ liệu của chúng tôi, tất cả BN điều trị hóa chất đều được điều trị với phác đồ Paclitaxel-Carboplatin.

UTBMBT thanh dịch độ thấp có tiên lượng tốt hơn UTBMBT nói chung. Với UTBMBT thanh dịch độ thấp giai đoạn I, sống thêm toàn bộ trung bình 123 tháng². Với bệnh giai đoạn II đến IV, các số liệu cũng cho thấy tiên lượng tốt của thể bệnh này, theo tác giả Plaxe và cộng sự nghiên cứu trên 287 BN, sống thêm không bệnh trung bình là 25,3 tháng, sống thêm toàn bộ trung bình là 97,8 tháng⁴. Khi phân tích số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi, sống thêm không bệnh 5 năm là 73,6%, sống thêm toàn bộ 5 năm là 84,5%. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng bệnh quan trọng. Khi phân tích số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi, sống thêm không bệnh 5 năm giai đoạn I,II là 88,2% cao hơn giai đoạn III, IV 66,7% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sống thêm toàn bộ trong giai đoạn I,II là 100%, sống thêm toàn bộ trong giai đoạn III, IV là 77,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Qua đó, cho thấy sự cần thiết của việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời giúp nâng cao hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là 47,1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng (57,1%), cổ chướng (28,6%). CA 12-5 trước điều trị trung bình là 389,9 U/ml, 85,7% BN có chỉ số CA 12-5 tăng cao. Đa phần BN được chẩn đoán ở giai đoạn IIIC (37,1%)

- Tất cả BN đều được phẫu thuật khởi đầu. Phần lớn BN được phẫu thuật cắt TCTB+ 2PP+MNL ± RT (85,8%). 88,6% BN điều trị hóa chất bổ trợ với phác đồ Paclitaxel-Carboplatin. Sống thêm không bệnh 5 năm giai đoạn I,II là 88,2% cao hơn giai đoạn III, IV 66,7% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sống thêm toàn bộ trong giai đoạn I,II là 100%, sống thêm toàn bộ trong giai đoạn III, IV là 77,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aaltonen LA, Hamilton SR**, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, eds. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. IARC Press; Oxford University Press (distributor,); 2000.
2. **Plaxe SC**. Epidemiology of low-grade serous ovarian cancer. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008;198(4):459.e1-459.e9.

- doi:10.1016/j.ajog.2008.01.035
- Clinical Behavior of Stage II-IV Low-Grade Serous Carcinoma...:** Obstetrics & Gynecology. Accessed October 16, 2023. https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2006/08000/clinical_behavior_of_stage_ii_iv_low_grade_serous.19.aspx
 - Gershenson DM, Bodurka DC, Lu KH, et al.** Impact of Age and Primary Disease Site on Outcome in Women With Low-Grade Serous Carcinoma of the Ovary or Peritoneum: Results of a Large Single-Institution Registry of a Rare Tumor. *J Clin Oncol.* 2015;33(24):2675-2682. doi:10.1200/JCO.2015.61.0873
 - Olson SH, Mignone L, Nakraseive C, Caputo TA, Barakat RR, Harlap S.** Symptoms of ovarian cancer. *Obstetrics & Gynecology.* 2000;4(17):1-113.
 - Serkin** for special contributions to data collection and data analysis, respectively, and R. Portenoy, MD, for consultation and advice on symptoms. *Obstetrics & Gynecology.* 2001;98(2):212-217. doi:10.1016/S0029-7844(01)01457-0
 - Wohlmuth C, Djedovic V, Kjaer SK, et al.** CA-125 Levels Are Predictive of Survival in Low-Grade Serous Ovarian Cancer—A Multicenter Analysis. *Cancers (Basel).* 2022;14(8): 1954. doi:10.3390/cancers14081954
 - Lister-Sharp D, McDonagh MS, Khan KS, Kleijnen J.** A rapid and systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of the taxanes used in the treatment of advanced breast and ovarian cancer. *Health Technol Assess.* 2000;4(17):1-113.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG BỘC LỘ PROTEIN MMR Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Thị Thu Hảo¹, Phạm Văn Tuyền¹, Trần Văn Chương¹,
Đoàn Minh Khuy¹, Trần Thị Lan¹, Nguyễn Viết Trung¹,
Phạm Hồng Tư¹, Lưu Quốc Toàn²

TÓM TẮT

Mất ổn định vi vệ tinh - một trong con 3 con đường dẫn đến ung thư đại trực tràng - là hậu quả của sự thiếu hụt hệ thống sửa chữa ghép cặp sai DNA (dMMR). Người bệnh có thiếu hụt protein của gen MMR có tiên lượng và điều trị khác với người bệnh không có tình trạng này. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ dMMR và đối chiếu với một số đặc điểm giải phẫu bệnh ở người bệnh ung thư biểu mô đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 105 bệnh nhân ung thư biểu mô đại trực tràng được nghiên cứu hóa mô miễn dịch và các đặc điểm giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ dMMR trong nghiên cứu là 12,4%. Hay gặp nhất là mất bộc lộ đồng thời MLH1 và PMS2 (53,8% dMMR), tiếp theo là mất bộc lộ đồng thời MSH2 và MSH6 (30,8% dMMR). Trong nhóm dMMR tỷ lệ u có kích thước ≥ 5 cm, tít mô bệnh học chế nhầy, độ mô học kém biệt hóa cao hơn trong nhóm pMMR. U có dMMR thường ở giai đoạn II hoặc III. **Kết luận:** Tình trạng dMMR và kích thước u liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,048$). Các đặc điểm như tít mô bệnh học, độ mô học và giai đoạn bệnh không thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng dMMR ($p>0,05$).

Từ khóa: Mất ổn định vi vệ tinh, protein MMR, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch, ung thư biểu mô đại trực tràng

SUMMARY

STUDY ON MMR PROTEIN EXPRESSION STATUS IN PATIENTS WITH COLORECTAL CARCINOMA AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Microsatellite instability (MSI) is one of three pathways leading to colorectal cancer due to DNA mismatch repair (MMR) deficiency. Patients with dMMR have a different prognosis and treatment than patients with pMMR. **Objective:** Evaluate the dMMR rate and correlate with histopathology in patients with colorectal carcinoma at Bach Mai Hospital. **Methods:** 105 patients with colorectal carcinoma were studied by immunohistochemistry and histopathology. **Results:** The dMMR rate is 12.4%. The most frequent expression pattern was combined loss of MLH1, and PMS2 (53.8% dMMR) followed by a combined loss of MSH2, and MSH6 (30.8% dMMR). In the dMMR group, the proportions of tumors with a size of ≥ 5 cm, mucinous type, and poor differentiation grade were higher than in the pMMR group. Tumors with dMMR were usually stage II or III. **Conclusion:** dMMR status and tumor size were statistically significantly related ($p=0.048$). Characteristics such as histologic type, histologic grade and disease stage did not have a statistically significant associations with dMMR status ($p>0.05$).

Keywords: Microsatellite instability, DNA mismatch repair, histopathology, immunohistochemistry, colorectal carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) phát triển thông qua 3 con đường mất ổn định về gen đó là: con đường mất ổn định nhiễm sắc thể, con đường mất ổn định vi vệ tinh (MSI) và con

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu Hảo

Email: mlt2130064@studenthuph.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023