CHẤT CHỈ ĐIỂM KHỐI U (CA 19-9) VÀ UNG THƯ BIỂU MÔ THÂN ĐUÔI TỤY

TRỊNH HỒNG SƠN, NGUYỄN THẾ SÁNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy gồm ung thư tụy ngoại tiết và nội tiết và các loại u ác tính khác của tụy: ung thư mô liên kết, ung thư cơ, ung thư lympho… trong đó hay gặp nhất là ung thư biểu mô (UTBM), xuất phát từ tụy ngoại tiết.

Tại Mỹ, tử vong do ung thư tụy đứng thứ 2 trong ung thư tiêu hóa, đứng thứ 5 với các ung thư nói chung. Tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ 1-2%, tuy thời gian gần đây có tăng lên, song không quá 7%. Ở Nhật Bản, ung thư tụy là một trong 5 nguyên nhân gây tử vong do ung thư nói chung, đứng đầu ở nam giới và thứ 6 ở phụ nữ, hàng năm ước tính có khoảng 22.000 người chết [31]. Tại Việt Nam, ung thư tụy xếp thứ 4 ung thư đường tiêu hóa [1].

Trong chẩn đoán ung thư tụy, CA 19-9 (Carbonhydrate Angtigens 19-9) là chất chỉ điểm có độ nhạy, độ đặc hiệu cao và đã được đánh giá là một chất chỉ điểm có ý nghĩa nhất [16], [21], [24], [33], [39]. Tuy nhiên, tại Việt nam, những nghiên cứu về vai trò CA 19-9 đối với ung thư tụy rất ít.

Mục đích của nghiên cứu này là xác định các yếu tố liên quan đến nồng độ CA19-9 trong máu bệnh nhân (BN) bị ung thư biểu mô thân đuôi tụy.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: tất cả bệnh nhân UTBM thân đuôi tụy, có xét nghiệm CA 19-9 và được phẫu thuật, có chẩn đoán mô bệnh học là UTBM của tụy tại bệnh viện Việt Đức từ năm 2002 đến 2011.

Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp sau:

- Chẩn đoán ung thư thân đuôi tụy nhưng không có kết quả mô bệnh học sau mổ là UTBM; u có nguồn gốc nội tiết; các u di căn tới tụy; u tái phát sau phẫu thuật.
- Ung thư vùng đầu tụy.
- UTBM thân đuôi tụy nhưng không làm CA19-9 trước mổ.

2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả**.**

Xét nghiệm CA19-9 được thực hiện bằng phương pháp hấp phụ enzym (ELISA) theo nguyên tắc gián tiếp (Sandwich) trên máy Centaur của Irelan đặt tại khoa huyết học truyền máu bệnh viện Việt Đức.

Cách lấy máu xét nghiệm: lấy 2ml máu tĩnh mạch không chống đông, ly tâm tách lấy huyết thanh và bảo quản ở âm 20 độ C đến khi sử dụng.

Phân tích và xử lý số liệu theo chương trình SPSS 17.0.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử bệnh.
- Phân bố nồng độ CA 19-9 của nhóm nghiên cứu.
- Khảo sát mối liên hệ của nồng độ CA19-9 ở các mức: nồng độ bình thường (dưới 37U/ml) và cao (trên 37 U/ml tại từng mốc khác nhau) với:

. Nhóm tuổi

. Giới tính

. Kích thước u: chia làm hai nhóm u ≤ 5cm và u > 5cm

. Di căn hạch, di căn xa

. Nhóm cắt được u và không cắt được u

. Phân loại mô bệnh học (các thể UTBM)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
≤ 20	1	1,9
21- 30	1	1,9
31- 40	5	9,4
41- 50	7	13,2
51- 60	14	26,4
61-70	19	35,8
> 70	6	11,3
Tổng	53	100

Độ tuổi trung bình 56,2 ± 12,871. Lớn nhất 76, nhỏ nhất 19 tuổi.

Bảng 2. Giới

Giới	n	%
Nam	25	47,2
Nữ	28	52,8
Tổng	53	100

BN nữ nhiều hơn nam.

Bảng 3. Tiền sử bệnh

Tiền sử	n	%
Đái đường	1	2,1
Nghiện rượu + thuốc lá	12	25,0
Viêm loét dạ dày	1	2,1

Trong số 53BN, 12/53 BN có tiền sử hút thuốc lá/lào và nghiện rượu (25%)

Bảng 4. Phân bố nồng độ CA 19-9 của nhóm nghiên cứu

CA 19-9 (U/ml)	n	%
<37	8	15,1
37- 100	10	18,9
101-200	4	7,5
201-300	1	1,9
301-400	0	0
401-500	2	3,8
>500	28	52,8
Tổng số	53	100

Trung bình: 4084± 1341 U/ml. Cao nhất: 54260 U/ml, 28/53 trường hợp (52,8%) có nồng độ CA 19-9 cao trên 500U/ml.

Bảng 5. Liên quan của nồng độ CA 19-9 (U/ml) với nhóm tuổi

CA19.9 / Nhóm tuổi	<37	37-100	101-200	201-300	301-400	401-500	>500	Tổng
≤ 20	0	1	0	0	0	0	0	1
21- 30	0	1	0	0	0	0	0	1
31- 40	1	2	0	0	0	0	2	5
41- 50	2	2	0	0	0	0	3	7
51- 60	1	2	3	1	0	2	5	14
61-70	3	2	1	0	0	0	13	19
> 70	1	0	0	0	0	0	5	6
Tổng	8	10	4	1	0	2	28	53

Không có sự liên quan giữa nồng độ CA19-9 và độ tuổi (p=0,304).

Bảng 6. Liên quan của nồng độ CA 19-9 (U/ml) với giới tính

CA19.9 Giới	<37	37-100	101-200	201-300	301-400	401-500	>500	Tổng
Nam	3	7	3	0	0	1	11	25
Nữ	5	3	1	1	0	1	17	28
Tổng	8	10	4	1	0	2	28	53

Không có sự khác biệt về nồng độ CA19-9 giữa nam và nữ (p=0,369).

Bảng 7. Liên quan của nồng độ CA 19-9 (U/ml) với kích thước u

Kích thước u (cm)	CA 19-9 (U/ml)			Tổng
	<37	37- 500	>500	
≤ 5	5	13	15	33
>5	3	4	13	20
Tổng số	8	17	28	53

Không có sự liên quan giữa nồng độ CA19.9 với kích thước u (p= 0,371)

Bảng 8. Liên quan CA 19-9 với tình trạng di căn hạch hoặc di căn xa

Khảo sát mối liên quan ở giá trị < 37 U/ml và ³ 37 ml

Tình trạng di căn	CA 19-9 (U/ml)		Tổng
	< 37	³ 37	
Có di căn	8	19	27
Không di căn	0	26	26
Tổng	8	45	53

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0,003).

Khảo sát mối liên quan ở giá trị < 100 U/ml và ³ 100 U/ml

Tình trạng di căn	CA 19-9 (U/ml)		Tổng
	< 100	³ 100	
Có di căn	13	14	27
Không di căn	5	21	26
Tổng	18	35	53

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0,026).

Khảo sát mối liên quan ở giá trị < 200 U/ml và ³ 200U/ ml

Tình trạng di căn	CA 19-9 (U/ml)		Tổng
	< 200	³ 200	
Có di căn	15	12	27
Không di căn	7	19	26
Tổng	22	31	53

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0,034)

Bảng 9. CA 19-9 với nhóm cắt được u và không

Nhóm	CA 19-9 (U/ml)			Tổng
	<37	37- 500	>500	
Cắt được u	8(100%)	9 (52,9%)	14(50%)	31(58,5%)
Không cắt được u	0 (0%)	8(47,1%)	14(50%)	22(41,5%)
Tổng	8	17	28	53

Có sự khác biệt giữa cắt được u và không cắt được u với nồng độ CA19.9 (p= 0,027).

Bảng 10. CA 19-9 với phân loại mô bệnh học (các thể UTBM)

Ngưỡng CA 19-9 ở mức < 37U/ml và ³ 37 U/ml

Type mô bệnh học	CA 19-9 (U/ml)		Tổng
	< 37	³ 37	
UTBM tuyến ống	4	40	44
UTBM khác	4	5	9
Tổng	8	45	53

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0,021).

Ngưỡng CA 19-9 ở mức < 100U/ml và ³100 U/ml

Type mô bệnh học	CA 19-9 (U/ml)		Tổng
	<100	³ 100	
UTBM tuyến ống	12	32	44
UTBM khác	6	3	9
Tổng	18	35	53

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0,032).

Ngưỡng CA 19-9 ở mức < 500U/ml và ³ 500 U/ml

Type mô bệnh học	CA 19-9 (U/ml)		Tổng
	< 500	³ 500	
UTBM tuyến ống	18	26	44
UTBM khác	7	2	9
Tổng	25	28	53

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0,044).

BÀN LUẬN

1. Khái niệm chung về CA 19-9.

Chất chỉ điểm CA19-9 là một kháng nguyên liên kết ung thư được Koprowski phát hiện năm 1979 khi tiêm kháng thể đơn dòng SW1116 sản sinh bởi tế bào ung thư đại tràng trên chuột nhắt trắng. CA19-9 cũng được tạo ra ở biểu mô của dạ dày, ruột non, đại tràng và tụy phôi thai. Phân loại theo kháng thể miễn dịch ghi dấu thì CA19-9 là chất chỉ điểm do chính bản thân khối u tiết ra rồi giải phóng vào máu. Thời gian bán huỷ CA19-9 là 8 ngày [6], [25], [41]. CA19-9 là kháng nguyên Carbonhydrate có bản chất là glycopeptid, trong đó 5 đơn vị đường liên kết với nhau bởi acid Sialic và Fucopantoses. Trọng lượng phân tử của CA19-9 là 36000 daltons, còn kháng nguyên trong máu thuộc loại mucin có trọng lượng phân tử 10000 daltons [17]. CA 19-9 chỉ có ở người mang kháng nguyên Lewis dương tính (chiếm 93-95%), còn lại 5-7% thuộc nhóm Le (a-b-) thì không có kháng nguyên này. Việt Nam số người có kháng nguyên Le (a-b-) là 16,18% [2], như vậy trên lâm sàng sẽ gặp tỷ lệ âm tính khá cao.

Nghiên cứu của Ritt (1984) ở người bình thường có nồng độ CA19-9 trung bình là 9,4 U/ml. Nghiên cứu của Hoàng Văn Sơn trên người việt nam có giá trị trung bình 12,21 U/ml. Trong đó 99,6% < 37 U/ml [9]. Del Villano cũng đưa ra giá trị trung bình thường <37 U/ml [15], giới hạn tham chiếu <37 U/ml [11], [13].

Trong những năm gần đây việc phát hiện ra một số chất chỉ điểm khối u như CA 19-9, CA50, CEA, POA... đã phần nào cải thiện được tình hình chẩn đoán ung thư tụy. Quan niệm bệnh sinh hiện đại của ung thư

(Stehelen, Michel 1976) đã làm sáng tỏ nguồn gốc và vai trò của các chất chỉ điểm khối u [6]. Theo quan điểm này các tế bào ung thư mới hình thành có khả năng sản sinh ra các chất đặc trưng gọi là kháng nguyên liên kết ung thư (Tumor Associated Antigen – TAA). Các TAA này được xác định là các chất chỉ điểm sinh học đặc hiệu cho phép khẳng định sự tồn tại của tế bào ung thư trong cơ thể. Do vậy, định nghĩa tổng quát cho chất chỉ điểm khối u: " là những đại phân tử xuất hiện và thay đổi nồng độ trong cơ thể sống có liên quan một cách chắc chắn đến sự phát sinh và phát triển của khối u ác tính trong cơ thể đó" [40].

Chất chỉ điểm khối u đầu tiên AFP – Alpha Feto Protein được Abelep tìm ra năm 1965, cho đến nay đã có rất nhiều chất chỉ điểm khối u khác được phát hiện, sử dụng và ứng dụng trong lâm sàng. Các chất chỉ điểm này được phân loại dựa trên đặc tính sinh hoá của chúng.

Bảng phân loại chất chỉ điểm khối u dựa trên đặc tính sinh hóa:

Enzym	Protein	TAA	Hormon	KN biểu mô phôi
NSE PAP PSA GT Isoenzym-LDH	Các Ig Thyroglobulin Decarboxy Prothrombin Ferritin β2-Microglobulin	CA 15-3 CA 12-5 CA 19-9 CA 72 - 4 CA 50 CYFRA 21-1	HCG, β HCG Calcitonin GH, Estradiol Testosteron Insulin Gastrin Serotonin	CEA AFP Protein rau thai (β-SP1)

Một chất chỉ điểm khối u lý tưởng phải có các tiêu chuẩn[25]:

- Tính đặc hiệu cao với tổ chức ung thư, nghĩa là phải khác biệt với các phân tử được tạo ra từ những tổ chức lành tính bình thường.
- Độ nhậy cao, có thể phát hiện được ở những nồng độ thấp nhất, phát hiện được rất sớm từ khi chỉ có vài tế bào ung thư xuất hiện.
- Có tính đặc hiệu khu trú về cơ quan tổng hợp, có khả năng chỉ điểm tổ chức ung thư.
- Được giải phóng vào các dịch thể dễ thu nhận như huyết thanh, nước tiểu.
- Nồng độ trong bệnh phẩm phải phản ánh được tình trạng tiến triển khối u (kích thước, sự phát triển, có hay không di căn, hiệu quả điều trị…)
- Có giá trị dự đoán tin cậy.

2. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của BN UTBM vùng thân đuôi tụy là 56,2 ± 12,871; nhóm tuổi từ 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất: 35,8% (Bảng 1) Hầu hết các BN đều thuộc lứa tuổi trên 40 (86,8%). Tỷ lệ nam/nữ xấp sỉ bằng nhau (Bảng 2). Theo báo cáo của WHO năm 2003, tỷ lệ nam: nữ =1,6:1, tính riêng cho ung thư biểu mô tuyến ống [38]. Kết quả của chúng tôi so với các tác giả khác trong nước và trên thế giới tuy có chênh lệch về tỷ lệ nhưng cùng chung một đặc điểm: các BN thường ở độ tuổi trung niên trở lên và tỷ lệ nam/nữ gần bằng nhau.

Một nghiên cứu về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong trong ung thư tụy tại Pennsylvania (Mỹ) giai đoạn 1994-1998 cho thấy: ung thư tụy hầu như không gặp ở lứa tuổi dưới 40, dù là ở chủng tộc da trắng hay da đen, gặp nhiều nhất thuộc về nhóm tuổi 70-79 (cho cả hai giới). Tuy vậy, điều đặc biệt là tỷ lệ mắc cao nhất ở nữ giới, da đen lại thuộc nhóm tuổi trên 85. Cũng trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 1,41 ở người da trắng; thấp hơn một chút là 1,35 ở người da đen [27]. Nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi dưới 40 gặp 10,4%.

Theo Jonh P. Neoptolemos, nguy cơ ung thư tụy thấp trong thập kỷ thứ 3 và 4 của cuộc đời, và thực sự tăng dần sau lứa tuổi 50. Hầu hết các BN trong khoảng từ 60-80 tuổi, trung bình là 72 tuổi. Nhóm BN từ 65-85 chiếm 56,1% [23]. Một nghiên cứu trên 40 BN ung thư tụy của N. Ikeda (Nhật bản) cho thấy lứa tuổi trên 60 chiếm phần lớn (67,5%), tỷ lệ nam: nữ= 3:1 [20]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ lứa tuổi trên 60 chiếm 50% và tỷ lệ nam/nữ gần bằng nhau (Bảng 1).

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Cường 2009, tỷ lệ Nam/nữ = 1,2; tuổi trung bình là 54,16± 14,2 tuổi, cao nhất là 78 và thấp nhất là 12[3]. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng, độ tuổi trung bình của những BN ung thư tụy là 54± 9,98; cao nhất là 79 tuổi, thấp nhất là 40 tuổi và độ tuổi gặp nhiều nhất là 41-50 tuổi. Cũng theo tác giả này thì tỷ lệ Nam/Nữ là 3/1[4]. Nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn, tỷ lệ Nam/ Nữ = 1,9; Độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là 54,9±12,28 (cao nhất là 88, thấp nhất 15)[8].

Về các yếu tố gây ung thư tụy, cho tới nay các nhà khoa học vẫn chưa có lý giải thỏa đáng cho ưu thế về giới gặp ung thư tụy nói chung. Tuy nhiên, những yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc ung thư tụy như nghiện rượu, hút thuốc lá lại chủ yếu gặp ở nam giới, điều này coi như giải thích một phần ưu thế mắc ung thư tụy của nam giới. Qua thống kê yếu tố nguy cơ chúng tôi nhận thấy 25% BN trong nghiên cứu của chúng tôi nghiện rượu và hút thuốc lá (Bảng 3). Ngoài ra các yếu tố khác cũng được ghi nhận như đái tháo đường type II, viêm/loét dạ dày – tá tràng...

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố nguy cơ của ung thư biểu mô tuyến ống tụy như thuốc lá, bệnh tiểu đường type II, viêm/loét dạ dày, viêm tụy mạn tính, viêm tụy mạn có tính chất gia đình, yếu tố di truyền [27], [1], béo phì và chế độ tập luyện, chế độ ăn [14]. Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư tụy lên 2-3 lần, tăng dần theo số báo cáo hàng năm [32]. Nghiên cứu trên 1473 trường hợp ung thư tụy tại Pennsylvania (Mỹ) cho thấy hút thuốc lá có mối liên quan trực tiếp tới 25% BN [27], kết quả này trùng hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho dù số liệu của chúng tôi còn quá ít để bàn luận. Tỷ lệ BN có các yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư tụy (hút thuốc + uống rượu) trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lương Thị Mỹ Hạnh 24,4%[5] nhưng lại chênh lệch lớn với nghiên cứu của Nguyễn Văn Cường là 79,3%[3].

Đái tháo đường type II trong vòng 5 năm là thời điểm nguy cơ mắc ung thư tụy cao nhất [10]. Mối liên quan giữa tiểu đường và ung thư tụy được bảo đảm nhờ các phát hiện qua nghiên cứu một số marker sinh học như glucose, insulin, peptid C trong huyết tương [26], [39], các yếu tố tăng trưởng giống insulin. Đặc biệt, nồng độ insulin cao trong vi môi trường quanh các tế bào ống tụy có thể gây các chuyển dạng ác tính của các tế bào này. Ngoài ra, viêm/loét dạ dày-tá tràng có thể gây tăng nguy cơ ung thư tụy. Điều này được giải thích là do các viêm nhiễm ở dạ dày, tá tràng (90% số đó có mặt của H.Pylori) làm tăng nồng độ gastrin máu- dẫn đến sự chuyển dạng ác tính của đường tiêu hóa. Gastrin có thể đẩy mạnh sự phát triển của tế bào ung thư tụy ở người khi nuôi cấy và cả gastrin cũng như các receptor của chúng đều được biểu lộ bởi các tế bào ung thư tụy.

3. CA 19-9 và các yếu tố liên quan.

Ở bảng 4, chúng ta thấy có 45/53 trường hợp nồng độ CA19.9 ở mức ³ 37 U/ml chiếm 84,9%. Có 8 trường hợp nồng độ CA19.9 <37 U/ml, chiếm 15,1%, tỷ lệ này là tương đối cao. Tuy nhiên sự gia tăng CA19.9 còn phụ thuộc vào nhóm máu Lewis, tiếc rằng trong phạm vi nghiên cứu này chúng tôi chưa đánh giá được tỷ lệ người có nhóm máu L (a-b-), trong khi đó tỷ lệ này ở người Việt Nam là 16,18% [2] cao hơn rất nhiều so với người nước ngoài là 5-7%. Do vậy, những người có mức xét nghiệm nồng độ CA19.9 <37U/ml có thể là những người có nhóm máu L (a-b-) vì trên trên thực tế 8 BN này hầu hết là mắc ung thư thân đuôi tụy ở giai đoạn muộn: có 5 BN ở giai đoạn IV; 2 BN ở giai đoạn III; 1 BN ở giai đoạn II. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng (2001), có 10/55 BN ung thư tụy có CA 19.9 <37 U/ml, trong đó 2 BN ở giai đoạn IV; 5 BN ở giai đoạn III và 3 BN ở giai đoạn II [4]. Trong nghiên cứu của Tian F (1992) thấy 4 BN ung thư tụy thuộc nhóm máu Le (a-b-) có nồng độ CA19.9 hoàn toàn bình thường.

Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn nồng độ CA19.9 trong nghiên cứu của chúng tôi là 4084± 1341. So với các tác giả trong nước thì chênh lệch không đáng kể: nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn [6] là 4108 ± 7547 (n=35); nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng [4] là 4713 ± 11756 (n=55). So với các tác giả nước ngoài thì nồng độ CA19.9 của chúng tôi cao hơn rất nhiều: Giulianotti P.C là 775,6±2054 (n=61); Pleskow D.K là 349 (n=54); Paganuzzi M [29] là 427± 650 (n= 26). Vấn đề này chúng tôi đồng ý với các tác giả trong nước cho rằng CA19.9 ở mức cao vì BN đến viện ở giai đoạn muộn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự liên quan giữa nồng độ CA19.9 với nhóm tuổi (Bảng 5), với giới tính (Bảng 6), và với kích thước u (Bảng 7) với p>0,05. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Sakahara 1986 với 55 BN ung thư tụy đã thấy rằng CA19.9 tăng cao tương ứng với kích thước khối u, còn với vị trí u thì cũng không thấy có sự liên quan.

Về liên quan nồng độ CA 19-9 với tình trạng di căn (hạch hoặc di căn xa), nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự khác biệt về nồng độ CA19.9 giữa nhóm di căn và không di căn, p= 0,003 (Bảng 8). Điều này cũng tương tự với kết quả của một số tác giả. Nguyễn Việt Dũng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,041[4]; nghiên cứu của Van Ben Bosch 1996 thì thấy rằng: những BN có di căn gan và phúc mạc thì mức độ CA19.9 ở mức có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Hơn nữa ở các mức giá trị CA 19-9 khác (trên và dưới 100U/ml, trên và dưới 200U/ml) cũng thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Về liên quan nồng độ CA19 giữa nhóm không cắt được u và cắt được u: bảng 9 cho thấy có sự khác biệt với p= 0,027. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Glenn (1988) thấy sự khác biệt về nồng độ CA19.9 giữa nhóm cắt được u và không cắt được u có ý nghĩa thống kê với p= 0,04. Tuy nhiên, kết quả của Nguyễn Việt Dũng [4] và Van Den Bosch R.P cho là sự khác biệt về nồng độ CA19.9 giữa nhóm cắt được u và không cắt được u là không có ý nghĩa thống kê.

Về liên quan nồng độ CA 19-9 với các type mô bệnh học của ung thư biểu mô thân đuôi tụy, kết quả của chúng tôi tại bảng 10 thấy: ở nhóm BN có kết quả giải phẫu bệnh là UTBM tuyến thông thường thì nồng độ CA19.9 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm kết quả UTBM khác (p= 0,021). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 BN thuộc nhóm UTBM khác, trong đó có 7 BN có nồng độ CA19.9 < 500 U/ml. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng [4] cũng thấy có sự khác biệt về nồng độ CA19-9 ở nhóm BN có kết quả giải phẫu bệnh là UTBM tuyến thông thường và nhóm UTBM khác với p=0,038; trong đó có 6 BN có kết quả giải phẫu bệnh UTBM tuyến thông thường, 1 BN có CA19-9 <37 U/ml và 5 BN có CA19-9 <500U/ml. Hơn nữa ở các mức giá trị CA 19-9 khác (trên và dưới 100U/ml, 200U/ml, 500U/ml) cũng thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 53 trường hợp UTBM vùng thân và đuôi tụy được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2002 đến 2011 (với giá trị trung bình và độ lệch chuẩn nồng độ CA19.9 là 4084±1341) chúng tôi có kết luận sau:

Tuổi, giới, kích thước u không liên quan với nồng độ CA 19.9 trong khi các yếu tố type mô bệnh học, tình trạng di căn của ung thư biểu mô thân đuôi tụy liên quan có ý nghĩa thống kê.

Nồng độ CA 19-9 ở nhóm cắt được u thấp hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm không cắt được u. Điều này gợi ý nồng độ CA19.9 trước mổ có thể là một trong các yếu tố tiên lượng khả năng cắt được u hay không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Hoàng Anh Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Bá Đức (2001).

Tình hình bệnh Ung thư ở Việt Nam năm 2000. Tạp chí thông tin Y dược, tr 19-26.

2. Trần Văn Bé (1998). "Hệ thống nhóm máu ABO-Lewis"Huyết học lâm sàng,tr53-59.

3. Nguyễn Văn Cường (2009) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư đầu tụy tại bệnh viện Việt Đức". Luận văn thạc sỹ y học, ĐHYHN.

4. Nguyễn Việt Dũng (2001). "Giá trị của chất chỉ điểm khối u CA 19-9 trong chẩn đoán và tiên lượng sau mổ ung thư tụy" Luận văn thạc sỹ y học, DHY Hà Nội.

5. Lương Thị Mỹ Hạnh (2011) " Nghiên cứu giải phẫu bệnh học ung thư biểu mô tụy tại Bệnh viện Việt Đức" Luận văn BSNT, ĐHY Hà Nội.

6. Bạch Vọng Hải (1997). "Tumor marker và chẩn đoán bệnh ung thư" Các chuyên đề hóa sinh và miễn dịch học lâm sang, tr. 158-169.

7. Đỗ Trường Sơn, Nguyễn Hoàng Anh, Đỗ Đức Vân (1999) "Giá trị chẩn đoán ung thư tụy của tumor marker CA 19-9" Y học Việt Nam.

8. Đỗ Trường Sơn (2004). "Nghiên cứu chẩn đoán, điều trị Ung thư tụy ngoại tiết" Luận văn Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

9. Hoàng Văn Sơn (1996). "Định hướng kháng nguyên liên kết ung thư CEA, CA19-9 và CYFRA 21-1 trong huyết thanh bằng kỹ thuật ELISA" Y học Việt Nam.

10. American Cancer Society (2010). Pancreatic Cancer.

11. Abbott Labolatories (1997). "CA19-9" Serum Tumor Marker Assay.

12. Brett BT, Smith SC, et al (2002). Phase II study of anti-gastrin-17 antibodies, raised to G17DT, in advanced pancreatic cancer. J Clin Oncol; 4225-3105.

13. Boehringer Mannhiem (1996). "Their significance for the diagnosis and course of malignant tumor" Tumor marker.

14. CancerHelp UK (2010). Pancreatic Cancer ricks and causes. Pancreatic cancer.

15. Del Villano B.C., Berennan S., Brock P. et al (1983). "Radioimmunometric assay for a monoclonal antibodydefined tumor marker, CA19-9"Clin Chem, 29, pp.549-552.