

- hemangioma. BMC Surg, 21(1), 186.
7. **Akhlaghpour S., Torkian P., Golzarian J.** (2018). Transarterial Bleomycin-Lipiodol Embolization (B/LE) for Symptomatic Giant Hepatic Hemangioma. Cardiovasc Intervent Radiol, 41(11), 1674-1682.
8. **Amico A., Mammino L., Palmucci S., et al** (2020). Giant hepatic hemangioma case report: When is it time for surgery? Ann Med Surg (Lond), 58, 4-7.

U ĐỆM DÂY SINH DỤC BUỒNG TRỨNG: GIÁ TRỊ HẠN CHẾ CỦA CHỈ SỐ NGUY CƠ ÁC TÍNH

Lê Thanh Đức¹, Nguyễn Thị Lý Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u đệm dây sinh dục buồng trứng và phân tích hiệu quả chỉ số nguy cơ ác tính (RMI) trong chẩn đoán trước mổ loại u này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả bệnh nhân u đệm dây sinh dục buồng trứng đã được phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại bệnh viện Từ tháng 2016 đến 2020. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 68 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 51,6 ± 16,1 (15- 81 tuổi), nhóm mãn kinh chiếm 61,8%. Triệu chứng gặp nhiều nhất là đau bụng hạ vị (70,6%). Nồng độ CA125 trung bình là 112,8 U/mL (từ 6,9 – trên 1000 U/mL), 42 bệnh nhân có CA125 tăng (64,6%). Đặc điểm u trên siêu âm phần lớn là khối hỗn hợp đặc và dịch (70,6%). Phân tích điểm RMI, có 32 trường hợp nguy cơ cao (47,1%), 36 nguy cơ thấp (52,9%), trung bình là 542,9 ± 917,2 (từ 0 – 4271). Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự báo âm tính của thang điểm RMI trong xác định tổn thương ác tính trước mổ lần lượt là 48%, 53,7%, 28,3%, và 40%. **Kết luận:** U đệm dây sinh dục buồng trứng là nhóm u hiếm gặp, thường gặp ở độ tuổi mãn kinh. Hệ thống điểm RMI có giá trị thấp trong chẩn đoán khối u ác tính trước mổ trong nhóm bệnh này, tuy nhiên cần các nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn để xác định vai trò của RMI.

Từ khóa: u đệm dây sinh dục buồng trứng, chỉ số nguy cơ ác tính

SUMMARY

OVARIAN SEX CORD-STROMAL TUMORS: THE LIMITED VALUE OF RISK OF MALIGNANCY INDEX

Purpose: We aimed to assess the clinical, paraclinical features ovarian sex cord-stromal tumors and analyse the efficiency of risk of malignancy index (RMI) scoring system to detecting malignancy among these tumors. **Materials and Methods:** Medical records of 68 cases diagnosed ovarian sex cord-stromal

tumors from 2016 through 2020 in Vietnam National Cancer Hospital were reviewed retrospectively.

Results: Patients with mean age of 51.6 ± 16.1 (range: 15-81 years old) were reviewed, 61.8% of cases were postmenopausal. The most common symptom was abdominal pain (70.6%). On ultrasonography, the majority of masses were the mixed between solid and cyst. Analyzing RMI score, there were 32 high-risk cases, 36 low-risk cases, RMI mean was 542.9 ± 917.2 (range: 0 – 4271). Sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the RMI scoring for identification of malignant lesions preoperatively were found as 48%, 53.7%, 28.3%, and 40%, respectively.

Conclusion: Ovarian sex cord-stromal tumors are uncommon, often occur in postmenopausal patients. RMI scoring is not effective for detecting malignant tumors preoperatively. Further studies with higher number of cases are needed to state clearly the role of RMI scores.

Keywords: ovarian sex cord-stromal tumors, risk of malignancy index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U đệm dây sinh dục buồng trứng (UĐDSDBT) là loại u hiếm gặp, ước tính khoảng 7% tất cả khối u buồng trứng [2]. UĐDSDBT có nguồn gốc từ thành phần mô đệm và dây sinh dục, bao gồm nhóm lành tính và ác tính [2], [5]. Tỷ lệ u mô đệm lành tính chiếm khoảng 0,5-3,7% tất cả u lành buồng trứng, và loại ác tính chiếm 5-8% tất cả u ác tính buồng trứng [7].

Chẩn đoán trước mổ khối UĐDSDBT gặp nhiều khó khăn vì tính chất hiếm gặp, hơn nữa khối u thường to và bệnh nhân thường có các triệu chứng cường estrogen, một hormon do khối u sản xuất [2]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u đệm dây sinh dục buồng trứng và phân tích hiệu quả chỉ số nguy cơ ác tính (RMI) trong chẩn đoán trước mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu thực hiện trên tất cả các bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện K, chẩn đoán sau mổ là u đệm dây sinh dục

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: duchanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

buồng trứng trong giai đoạn 2016-2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu 68 bệnh nhân u đệm dây sinh dục, bao gồm 27 bệnh nhân u tế bào hạt (UTBH), 33 u tế bào vỏ (UTBV), 6 u xơ (UX), và 2 u xơ-vỏ (UXV). Thông tin được trích xuất từ hồ sơ bệnh án bao gồm: tuổi, tình trạng kinh nguyệt, triệu chứng lâm sàng, nồng độ CA125 trước mổ, đặc điểm trên siêu âm, chẩn đoán trước mổ, chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều được xét nghiệm CA125 và siêu âm trước mổ. Điểm RMI được mô tả đầu tiên bởi Jacobs và cộng sự (CS) và được cải tiến dần theo thời gian, dựa trên 3 yếu tố: điểm trên siêu âm (U), nồng độ CA125, và điểm tình trạng kinh nguyệt (M). Siêu âm đánh giá 5 đặc điểm, bao gồm: nang đa thùy, u có thành phần đặc, u 2 bên, cổ chướng, và bằng chứng di căn (điểm được tính là 0 nếu không có phát hiện nào, 1 điểm nếu có 1 đặc điểm, 3 điểm nếu có từ 2 đặc điểm trở lên). Nồng độ CA125 được tính theo giá trị tuyệt đối. Tình trạng kinh nguyệt được chia thành còn kinh (1 điểm) và mãn kinh (3 điểm). Điểm RMI sau đó được tính bằng: $U \times M \times CA125$. Giá trị cut-off được lấy là 200, nguy cơ ác tính thấp nếu ≤ 200 , và nguy cơ ác tính cao nếu > 200 .

Phân tích thống kê được tiến hành trên phần mềm SPSS 20.0. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính (PPV), và giá trị dự đoán âm tính (NPV) được tính toán để đánh giá hiệu quả của chỉ số RMI trong dự đoán khả năng ác tính của khối u trước mổ. Khối UĐSDBT được chia thành 2 nhóm: nhóm ác tính là u tế bào hạt (gồm cả tít người lớn và thiếu niên), nhóm lành tính (gồm u tế bào vỏ, u xơ, u xơ-vỏ). Độ nhạy = số ca ác tính thật được chẩn đoán bằng RMI x 100/tổng số ca ác tính. Độ đặc hiệu = số ca lành tính thật được chẩn đoán bằng RMI x 100/ tổng số ca lành tính. Giá trị dự đoán dương tính = số

ca ác tính thật được chẩn đoán bằng RMI x 100/tổng số ca ác tính thật và ác tính giả theo RMI. Giá trị dự đoán âm tính = số ca lành tính thật được chẩn đoán bằng RMI x 100/tổng số ca lành tính thật và lành tính giả theo RMI. Để so sánh các tỷ lệ, chúng tôi sử dụng Chi-square hoặc Fisher's exact test. Independent samples t test được dùng cho so sánh trung bình của 2 nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng.

Nghiên cứu (NC) của chúng tôi thu thập được 68 bệnh nhân u đệm dây sinh dục buồng trứng, tỷ lệ các tít mô bệnh học (MBH) là: u tế bào hạt (39,7%), u tế bào vỏ (48,5), u xơ (8,8), u xơ-vỏ (2,9).

Bảng 1: Một số đặc điểm bệnh nhân u đệm dây sinh dục buồng trứng

Đặc điểm		n (%)
Tuổi trung bình (năm)		51,6 ± 16,1
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng hạ vị	48 (70,6)
	Khối u sờ thấy được	17 (25)
	Chảy máu âm đạo bất thường	9 (13,2)
Kích thước u	Trung bình (cm)	11,5 ± 5,2
	≤ 5 cm	1 (1,5)
	> 5 cm	67 (98,5)
Tít mô bệnh học	U tế bào hạt	27 (39,7)
	U tế bào vỏ	33 (48,5)
	U xơ	6 (8,8)
	U xơ-vỏ	2 (2,9)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 51,6 ± 16,1 (15- 81 tuổi), trong đó nhóm mãn kinh chiếm 61,8%. Triệu chứng gặp nhiều nhất là đau bụng hạ vị (70,6%). Kích thước u trung bình là 11,5 ± 5,2 cm (từ 3,5 – 25 cm), chỉ 1 bệnh nhân có u < 5 cm, 98,5% khối u > 5 cm.

Bảng 2: Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm lành tính và ác tính

Đặc điểm	n (%)	Nhóm ác tính	Nhóm lành tính	Giá trị p
Mãn kinh	42 (61,8)	16 (38,1)	26 (61,9)	0,730
CA125 trung bình	112,4±160	92,9±72,1	130,8±195,8	0,34
CA125 tăng	42 (64,6)	18 (42,9)	24 (57,1)	0,525
Kích thước u trung bình	11,5±5,2	11,4±5,3	11,1±4,3	
Siêu âm				
Nang đa thùy	14 (20,6)	6 (42,9)	8 (57,1)	0,787
Hòn hợp đặc và dịch	48 (70,6)	22 (45,8)	26 (54,2)	0,110
U 2 bên	8 (11,8)	4 (50)	4 (50)	0,526
Cổ chướng	20 (29,4)	8 (40)	12 (60)	0,974
Di căn	5 (7,4)	4 (80)	1 (20)	0,077
Điểm RMI trung bình	542,9±917,1	413,3±645,7	647,8±1052,8	0,304
Nguy cơ thấp (≤ 200)	36 (54,9)	12 (35,3)	22 (64,7)	0,457
Nguy cơ cao (>200)	32 (47,1)	15 (44,1)	19 (55,9)	

Chẩn đoán trước mổ			
Nghi ngờ ung thư	43 (63,2)	22 (51,2)	21 (48,8)
U lành buồng trứng	20 (29,4)	5 (25)	15 (75)
U khác	5 (7,4)	0	5 (100)

Nhận xét: Nồng độ CA125 trung bình là 112,8 U/mL (từ 6,9 – trên 1000 U/mL), 42 bệnh nhân có CA125 tăng (64,6%). Trên siêu âm, phần lớn khối u là hỗn hợp phần đặc và thanh dịch (70,6%), cổ chướng xuất hiện ở 29,4% trường hợp. Không có sự khác biệt trong đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa 2 nhóm ác tính và lành tính ($p > 0,05$). Chẩn đoán trước mổ là khối nghi ngờ ung thư chiếm 63,2%, trong đó nhóm lành tính chiếm 48,8%.

3.2. Điểm RMI và giá trị các thang đo

Tính toán điểm RMI cho các bệnh nhân, 32 trường hợp nguy cơ cao (47,1%) và 36 nguy cơ thấp (52,9%). Điểm RMI trung bình là $542,9 \pm 917,2$ (từ 0 – 4271). Độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV lần lượt là 48%, 53,7%, 28,3%, và 40%.

Bảng 3. Chẩn đoán nhóm ác tính và lành tính theo mô bệnh học và theo RMI

Theo MBH Theo GPB	Nhóm ác tính	Nhóm lành tính	Tổng
Nguy cơ cao	13	19	32
Nguy cơ thấp	14	22	36

Bảng 4. Giá trị các thang đo hiệu quả của RMI theo tít mô bệnh học

Thang đo	Tất cả bệnh nhân
Độ nhạy	48%
Độ đặc hiệu	53,7%
PPV	28,3%
NPV	40%

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Tổ Chức Y tế Thế Giới phân loại u đệm dây sinh dục buồng trứng thành 3 dưới nhóm khác nhau gồm: u thuần mô đệm, u thuần dây sinh dục, và u hỗn hợp đệm- dây sinh dục[5]. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 68 bệnh nhân UĐDSDBT, tỷ lệ các tít mô bệnh học là: u tế bào hạt (39,7%), u tế bào vỏ (48,5), u xơ (8,8), u xơ-vỏ (2,9). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,6 \pm 16,1$, phần lớn các bệnh nhân ở độ tuổi mãn kinh (61,8%). Các bệnh nhân thường đến viện với triệu chứng đau bụng (70,6%), khối u sờ thấy được (25%), hoặc chảy máu âm đạo (13,5%). Đây đều là các triệu chứng không đặc hiệu, cũng xuất hiện ở những bệnh nhân có khối u biểu mô buồng trứng. Chảy máu âm đạo là một trong các triệu chứng của cường estrogen hóa, do hormon estrogen được tiết ra từ tế bào vỏ, thường gặp trong khối u tế bào hạt hoặc u tế bào vỏ[2].

Sự hiếm có của bệnh và sự đa dạng về mô bệnh học khiến chẩn đoán bệnh trước mổ gặp nhiều khó khăn. Siêu âm nhìn chung là công cụ đầu tay trong chẩn đoán khối phần phụ với độ nhạy cao và giá thành rẻ. Tuy nhiên siêu âm có nhiều hạn chế vì phụ thuộc chủ yếu vào bác sỹ siêu âm. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hiệu quả thang điểm RMI. Thang điểm này được mô tả đầu tiên bởi Jacobs và CS, dựa trên sự phối hợp giữa điểm siêu âm, nồng độ CA125 trước mổ và tình trạng kinh nguyệt[1],[6]. Mặc dù hệ thống điểm RMI được báo cáo là hiệu quả cao trong phân biệt khối phần phụ ác tính và lành tính trước mổ[6]. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy RMI không phải là công cụ thích hợp trong phân biệt khối u đệm dây sinh dục ác tính trước mổ, với độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV lần lượt là 48%, 53,7%, 28,3%, và 40%. Tương tự với NC của chúng tôi, tác giả Numanoglu và CS phân tích điểm RMI trên 43 bệnh nhân u xơ và u xơ vỏ, 23,3% bệnh nhân được phân loại nguy cơ cao, độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV là 0%, 76%, 0% và 97%, tác giả kết luận hệ thống điểm RMI có giá trị hạn chế trong nhóm u xơ và u xơ vỏ buồng trứng[6]. Đánh giá hiệu quả của hệ thống điểm RMI trên 447 bệnh nhân có khối phần phụ, Andersen và CS kết luận phương pháp này có nhiều hạn chế đáng kể trong nhóm u buồng trứng giáp biên, u không biểu mô, và bệnh giai đoạn I[1]. Jiang và CS phân tích giá trị các mô hình tiên lượng như quy luật đơn giản (Simple rules) hay IOTA ADNEX ở 63 bệnh nhân u đệm dây sinh dục buồng trứng, tác giả kết luận các mô hình này có hiệu quả thấp trong phân biệt khối u lành tính và ác tính[4]. Giải thích cho kết quả trong NC của chúng tôi, khi so sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý ác tính, không có sự khác biệt ở nhóm lành tính và nhóm ác tính ($p > 0,05$). Nồng độ CA125 trước mổ và hầu như các đặc điểm gợi ý ác tính trên siêu âm ở nhóm lành tính đều cao hơn ở nhóm ác tính. Điểm RMI trung bình là $542,9 \pm 917,1$, khi phân tích theo nhóm ác tính và lành tính, điểm RMI trung bình là $413,3 \pm 645,7$ và $647,8 \pm 1052,8$. Nhóm lành tính thậm chí có điểm RMI cao hơn nhóm ác tính. U tế bào hạt buồng trứng được xem là nhóm u có độ ác tính thấp, phần lớn bệnh ở giai đoạn I. CA125 không được xem là chỉ điểm u có ích trong nhóm u này. Cho

và CS thống kê 97 bệnh nhân nhóm u xơ-vô buồng trứng cho thấy tỷ lệ thành phần đặc trong khối u chiếm 27,8%, tỷ lệ dịch ổ bụng là 11,3%[3]. Về mô bệnh học, nhóm u xơ-vô thường là khối đặc, tuy nhiên có thể gặp những vùng phù nề, thoái hóa nang hoặc xuất huyết hoại tử, đặc biệt với u lớn[5]. Thống kê trong NC của chúng tôi cho thấy nhóm u lành tính có kích thước u trung bình là 11,4±4,3 cm. Khối u phần phụ kích thước lớn kết hợp với CA125 tăng và siêu âm có phần đặc dễ bị chẩn đoán nhầm là u ác tính, chính vì vậy bệnh nhân thuộc nhóm u lành tính có tỷ lệ cao bị nhầm thành khối u ác tính trước mổ, cụ thể trong NC của chúng tôi là 48,8%.

V. KẾT LUẬN

U đệm dây sinh dục buồng trứng là nhóm bệnh hiếm, có nguồn gốc từ mô đệm và dây sinh dục, bao gồm các khối u lành tính và ác tính. Bệnh thường gặp ở độ tuổi mãn kinh, chẩn đoán trước mổ gặp nhiều khó khăn, sử dụng hệ thống điểm RMI có hiệu quả hạn chế trong phân biệt khối u ác tính trước mổ trong nhóm u này.

Về hạn chế của nghiên cứu, có một số điều cần được cân nhắc khi quyết định tham khảo nghiên cứu của chúng tôi. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu với cỡ mẫu hạn chế. Thứ hai, nghiên cứu này dựa trên dữ liệu từ một trung tâm ung thư duy nhất, những kết luận ở

trên cần được củng cố thêm qua dữ liệu từ nhiều trung tâm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andersen ES, Knudsen A, Rix P, Johansen B. Risk of malignancy index in the preoperative evaluation of patients with adnexal masses. *Gynecol Oncol.* 2003 Jul;90(1):109-12.
2. Chi, Dennis S; Berchuck, Andrew; Dizon, Don S; Yashar, Catheryn M. Principle and practice of gynecologic oncology. Seventh ed; Wolters Kluwer; 2017; 1438-1486.
3. Cho YJ, Lee HS, Kim JM, Joo KY, Kim ML. Clinical characteristics and surgical management options for ovarian fibroma/fibrothecoma: a study of 97 cases. *Gynecol Obstet Invest.* 2013;76(3):182-187.
4. Jianq MJ, Le O, Yanq BW, Yuan F, Chen H. Ovarian sex cord stromal tumours: analysis of the clinical and sonographic characteristics of different histopathologic subtypes. *J Ovarian Res.* 2021 Apr 17;14(1):53.
5. Kurman RJCM, Herrington CS, Young RH. WHO classification of tumours of female reproductive organs. Bosman FTJE, Lakhani SR, Ohgaki H eds. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014; 44-56.
6. Numanoglu C, Kuru O, Sakinci M, Akbavir O, Ulker V. Ovarian fibroma/fibrothecoma: retrospective cohort study shows limited value of risk of malignancy index score. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2013 Jun;53(3):287-92.
7. Scully RE, Young RH, Clement PB. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube, and broad ligament. *Amer Registry of Pathology;* 1998.

SỰ BIỂU LỘ CỦA C-MET TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY VÙNG HANG VỊ

Trần Ngọc Thụy¹, Nguyễn Phú Hùng², Dương Hồng Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ biểu lộ của dấu ấn C-met và mối liên quan của nó với đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vùng hang vị dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 150 trường hợp ung thư biểu mô tuyến hang vị dạ dày được phẫu thuật tại bệnh viện K Hà Nội từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2019, phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** C-met biểu lộ cao ở 51,3%

trường hợp ung thư biểu mô dạ dày. Biểu lộ C-met ở các dạng thâm nhiễm, polyp, loét và nấm với tỷ lệ lần lượt là 41,7%, 50%, 51,3% và 53,7% ($p > 0,05$). Theo phân loại mô học của Lauren, ung thư thể hỗn hợp có biểu lộ C-met cao hơn so với ung thư thể ruột và ung thư thể lan tỏa (85,7% so với 56,9% và 26,5%, $p < 0,01$). Biểu lộ C-met là không giống nhau giữa các thể hỗn hợp (85,7%) thể nhú (66,7%), thể nhày (66,7%), thể ống (54,5%) và thể tế bào nhân (26,5%) với $p < 0,05$. Biểu lộ C-met theo độ biệt hóa: 48,3% khối u biệt hóa tốt, 62,5% khối u biệt hóa vừa và 43,1% khối u biệt hóa kém ($p > 0,05$).

Từ khóa: C-met, ung thư biểu mô dạ dày, thể ruột, thể tế bào nhân.

SUMMARY

C-MET EXPRESSION IN GASTRIC ADENOCARCINOMA

Objectives: To evaluate the level of C-met expression and its relationship with the endoscopic

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trường Đại học Khoa học - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Thụy

Email: tranngochuyk7@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022