

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG 50 BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÍP THANH DỊCH

BS. NGUYỄN THÙY LINH, TS. TRẦN NGỌC DŨNG
Bệnh viện Quân y 103
 PGS.TS. HỒ ANH SƠN, TS. NGÔ THU HẰNG
 TS. ĐẶNG THÀNH CHUNG, BS. NGUYỄN THỊ HIỀN
 TS. BÙI KHẮC CƯỜNG, GS.TS. NGUYỄN LĨNH TOÀN
Học viện Quân y
 TS. NGUYỄN VĂN ĐÔ - *Đại học Y Hà Nội*
 Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN VĂN BA
 (2) PGS.TS. CẦN VĂN MÃO

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 50 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tít thanh dịch, điều trị tại Bệnh viện K Trung ương và Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 12/2019 đến tháng 3/2021. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân là $57,7 \pm 17,2$ tuổi. 96,0% bệnh nhân ung thư biểu mô thanh dịch độ cao. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau vùng hạ vị, gầy sút cân và chướng bụng. 14,0% bệnh nhân ung thư biểu mô ở giai đoạn I-II và 86,0% bệnh nhân ung thư biểu mô ở giai đoạn III-IV. Đặc điểm khối u hay gặp ở cả buồng trứng hai bên, kích thước khối u ≥ 10 cm, không có vỏ và có tổn thương hỗn hợp. 70,0% bệnh nhân có tràn dịch ổ bụng và 8,0% có tràn dịch màng phổi. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số CA125 và HE4 trong máu cao hơn ngưỡng bình thường tương ứng là 98,0% và 94,0%.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, ung thư biểu mô tuyến.

ABSTRACT: A cross-sectional descriptive study, the clinical and subclinical characteristics of 50 patients with serous ovarian carcinoma, treated at K Central Hospital and 103 Military Hospital, from December 2019 to March 2021 were included. **Results:** The mean age of patients was 57.7 ± 17.2 years old. There was 96.0% of patients with high-grade serous carcinoma. The most common clinical symptoms were pain in the lower abdomen, weight loss, and abdominal distension. There were 14.0% of patients with carcinoma in stage I - II and 86.0% of stage III - IV. The tumor common characteristics were on both sides of patients, tumor size ≥ 10 cm, tumor without shell and tumor with mixed lesions. There were 70.0% of patients with peritoneum effusion and 8.0% with pleural effusion. The blood CA125 and HE4 levels increased higher than the normal range were 98.0% and 94.0%, respectively.

Keywords: Ovarian cancer, Serous carcinoma.

Chịu trách nhiệm nội dung: GS.TS. Nguyễn Linh Toàn, Email: toanni@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 07/5/2021; mời phản biện khoa học: 5/2021; chấp nhận đăng: 27/5/2021.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2019, tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong do ung thư tăng cao hơn so với những năm trước. Tại 112/183 quốc gia được khảo sát, ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ nhất hoặc thứ hai đối với người dưới 70 tuổi. Theo Globocan 2020, số trường hợp mới mắc và số tử vong do ung thư lần lượt là 2.261.419 và 684.996 ca; trong đó, ung thư buồng trứng xếp thứ 20 (với số mới mắc là 313.959 ca, chiếm 1,6% và số tử vong là 207.252 ca, chiếm 2,1% [1]).

Thuật ngữ ung thư buồng trứng không phải là chẩn đoán một loại ung thư đơn lẻ mà nó dùng chỉ chung cho sự đa dạng các loại ung thư ảnh hưởng đến buồng trứng, vòi trứng và khoang màng bụng

liên quan. Ước tính, có khoảng hơn 30 loại khác nhau của ung thư buồng trứng; mỗi loại ung thư buồng trứng có nhiều biến thể khác nhau và mỗi bệnh nhân (BN) ung thư buồng trứng cũng có hình thái khác nhau [2]. Ung thư buồng trứng xuất phát từ ba loại tế bào, gồm tế bào biểu mô bề mặt buồng trứng, tế bào mầm và tế bào mô đệm vỏ buồng trứng. Hầu hết các khối u ác tính ở buồng trứng có nguồn gốc từ các tế bào biểu mô bề mặt (90%), bao gồm bốn loại chính là tít thanh dịch, tít nhày, tít dạng nội mạc tử cung và tít tế bào sáng [3]. Trong các loại ung thư biểu mô buồng trứng, ung thư biểu mô thach dịch chiếm tỉ lệ cao nhất (từ 70-80%) và có những đặc điểm riêng về lâm sàng và cận lâm sàng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN ung thư biểu mô buồng trứng tít thanh dịch. Đây là sản phẩm của đề tài KH&CN cấp Quốc gia: “Nghiên cứu điều trị ung thư buồng trứng bằng liệu pháp vi rút tiêu hủy khối u (Oncolytic Virotherapy)”, mã số KC.10.27/16-20.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

50 BN chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng tít thanh dịch, điều trị tại Bệnh viện K Trung ương và Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 12/2019 đến tháng 3/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN không điều trị bằng hóa trị hoặc xạ trị trước phẫu thuật; BN có đủ dữ liệu về lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán bệnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN ung thư buồng trứng tái phát hoặc thứ phát; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng tít thanh dịch bằng mô bệnh học. Mảnh bệnh sinh thiết u buồng trứng hoặc tử dịch ổ bụng được đánh giá tổn thương trên kính hiển vi quang học qua các tiêu bản nhuộm H.E và nhuộm hóa mô miễn dịch.

- Đánh giá giai đoạn bệnh theo tiêu chuẩn AJCC (Ủy ban Hỗn hợp về ung thư Hoa Kỳ), năm 2017 [4].

- Phân nhóm mô bệnh học theo FIGO (Hiệp hội Sản/phụ khoa quốc tế), năm 2014 [5].

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0, so sánh tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 50).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi	≤ 30	2	4,0
	Từ 31-45	2	4,0
	Từ 46-60	24	48,0
	Trên 60	22	44,0
	Trung bình	57,7 ± 11,2	
Tiền sử gia đình	Người thân mắc UT vú, UT buồng trứng	1	2,0
	Có người thân mắc UT khác	1	2,0
	Không có bệnh liên quan/không bị UT	48	96,0

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Tiền sử bản thân	Khỏe mạnh	31	62,0
	Bệnh kết hợp (không UT)	17	34,0
	Ung thư vú	1	2,0
	U nang buồng trứng đã phẫu thuật	1	2,0
BMI	Dưới 18,5	6	12,0
	Từ 18,5-30	44	88,0
	Trên 30	0	0
Nguy cơ dinh dưỡng	Có	14	28,0
	Không	36	72,0

Ghi chú: UT: ung thư.

Trong 50 BN nghiên cứu, chỉ có 2 BN (4,0%) từ 30 tuổi trở xuống và đều thuộc tít ung thư thanh dịch độ thấp. Tiền sử gia đình và bản thân có mắc ung thư buồng trứng hoặc ung thư vú với tỉ lệ thấp. Đa số BN có thể trạng trung bình và không có nguy cơ dinh dưỡng (lần lượt chiếm 88,0% và 72,0%).

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng.

Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỉ lệ %	
Đau vùng hạ vị	43	86,0	
Sờ thấy khối u hạ vị	6	12,0	
Chảy máu âm đạo	7	14,0	
Rối loạn kinh nguyệt	Rong kinh	1	2,0
	Mất kinh	1	2,0
Rối loạn tiêu hóa	7	14,0	
Rối loạn tiểu tiện	3	6,0	
Gầy sút cân	23	46,0	
Chướng bụng	29	58,0	
Sốt	1	2,0	

BN ung thư thanh dịch buồng trứng có nhiều triệu chứng lâm sàng khác nhau nhưng đa số đều có triệu chứng đau vùng hạ vị, gầy sút cân và chướng bụng.

Bảng 3. Giai đoạn FIGO của ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng.

Kết quả	Giai đoạn FIGO			
	I	II	III	IV
Số BN	3	4	39	4
Tỉ lệ %	6,0	8,0	68,0	8,0

86,0% BN ở giai đoạn tiến triển (giai đoạn III, IV); BN ở giai đoạn sớm (giai đoạn I, II), chiếm tỉ lệ thấp (14,0%).

Bảng 4. Nồng độ các marker ung thư trong máu.

Chỉ số		Số BN	Tỉ lệ %
CA125	Giá trị trung bình	1737,8 ± 1741,5	
	Giới hạn bình thường	1	2,0
	> 35 U/ml	49	98,0
HE4	Giá trị trung bình	804,1 ± 757,9	
	Giới hạn bình thường	3	6,0
	> 140 pmol/l	47	94,0

Hầu hết BN có chỉ số CA125 và HE4 trong máu cao hơn ngưỡng bình thường và có giá trị trung bình 2 chỉ số này đều ở ngưỡng cao.

Bảng 5. Đặc điểm khối u trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và chụp X quang tim phổi.

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Vị trí	Hai bên	38	76,0
	Một bên	8	16,0
	Vị trí khác	4	8,0
Kích thước	Lớn nhất trung bình	7,2 ± 3,2 cm	
	< 5 cm	21	42,0
	≥ 5 cm	25	50,0
	Không xác định	4	8,0
Đặc điểm trên siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng	Dạng nang	7	14,0
	Khối đồng nhất	13	26,0
	Hỗn hợp	29	
	Không xác định	1	2,0
Tràn dịch ổ bụng	Có	35	70,0
	Không	15	30,0
	Lượng dịch	966,3 ± 994,9 ml	
X quang tim phổi	Bình thường	46	92,0
	Tràn dịch khoang màng phổi	4	8,0

Chủ yếu u gặp 2 bên (76,0%), kích thước u ≥ 5 cm (50,0%), tổn thương dạng hỗn hợp (vừa có tổn thương dạng nang và vừa có vùng đặc - 58,0%), có tràn dịch ổ bụng (70,0%). Chỉ 8,0% BN có tràn dịch màng phổi.

Bảng 6. Đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Đại thể	Màu trắng đục	33	66,0
	Màu vàng	3	6,0
	Màu xám	10	20,0
Vỏ bao bọc	Có vỏ	5	10,0
	Không có/phá vỡ vỏ	41	82,0
Vi thể	Hoại tử u	40	80,0
	Xâm lấn mô đệm	48	96,0
	Di căn phúc mạc	25	50,0
	Di căn mạc nối	37	74,0
	Di căn hạch ổ bụng	2	4,0
Xâm lấn các tạng lân cận	Đại tràng	2	4,0
	Tử cung	31	62,0
	Ruột thừa	26	52,0
	Ruột non	2	4,0
	Niệu quản	1	2,0
Phân típ mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến thanh dịch độ thấp	2	4,0
	Ung thư biểu mô tuyến thanh dịch độ cao	48	96,0

Ung thư biểu mô buồng trứng típ thanh dịch về mặt đại thể có nhiều dạng tổn thương khác nhau, nhưng về màu sắc, u màu trắng đục chiếm đa số. 82,0% u không có vỏ bao bọc hoặc bị phá vỡ vỏ. Trên vi thể, hầu hết u có các ổ hoại tử nhỏ đến hoại tử rộng, xâm lấn mô đệm và di căn mạc nối và phúc mạc với tỉ lệ cao (74,0% và 50,0%). U xâm lấn cơ quan lân cận chủ yếu là tử cung và ruột thừa (62,0% và 52,0%). Típ ung thư biểu mô thanh dịch độ cao chiếm đa số (96,0%).

4. BÀN LUẬN.

Ung thư biểu mô buồng trứng là khối u ác tính hay gặp nhất của buồng trứng, được coi là một bệnh không đồng nhất về mặt sinh học với rất nhiều phân nhóm dưới típ trong phân loại mô bệnh học. Bệnh được chỉ ra có những đặc trưng riêng về di truyền tế bào, đặc điểm phân tử, con đường tín hiệu sinh u, đặc điểm lâm sàng và sinh bệnh học của chúng. Trên 90% ung thư biểu mô buồng trứng phát triển từ tế bào biểu mô bề mặt buồng trứng. Trước đây, ung thư biểu mô buồng trứng được coi là một bệnh lí đơn lẻ từ mặt sinh học đến quản lí BN. Tuy nhiên, dưới sự soi sáng của khoa học, đặc biệt, là về sinh học phân tử, các phân nhóm mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng được công nhận rộng rãi giúp cho tiên lượng và điều trị BN đạt hiệu quả cao hơn [6].

Ung thư biểu mô buồng trứng tít thanh dịch là phân nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất trong các loại ung thư biểu mô buồng trứng. Phân dưới tít gồm hai loại là ung thư biểu mô thanh dịch độ cao và ung thư biểu mô thanh dịch độ thấp. Trong đó, ung thư biểu mô thanh dịch độ thấp chiếm tỉ lệ không nhiều trong tổng số các ca ung thư biểu mô tít thanh dịch (từ 9-10%). Với đặc trưng lâm sàng là BN trẻ hơn nhóm ung thư thanh dịch độ cao; tuổi trung bình của hai nhóm tương ứng là 45-57 tuổi so và 55-65 tuổi [7]. Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, có 2 BN ở độ tuổi dưới 30 và đều thuộc tít ung thư biểu mô thanh dịch độ thấp; 48 BN ung thư biểu mô thanh dịch độ cao, chủ yếu ở nhóm tuổi trên 45 (chiếm 92,0%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,7 \pm 11,2$ tuổi; cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Vinh (2013) trên 250 BN ung thư buồng trứng, điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, thấy độ tuổi trung bình của BN là $41,12 \pm 17,7$ tuổi và nghiên cứu của Zhao Y (2011) với tuổi trung bình của BN ung thư buồng trứng là $42,3 \pm 14,95$ tuổi. Lí do chính của sự khác biệt này là do cách chọn nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau [8].

Ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng có liên quan đến các đột biến gen, đột biến BRCA1 và BRCA2 là hai loại gen hay gặp đột biến nhất trong ung thư buồng trứng [6]. Đồng thời, đột biến 2 gen này còn gặp trong ung thư vú. Vì vậy, khi khảo sát lâm sàng BN ung thư buồng trứng, không thể không khai thác tiền sử ung thư vú và u buồng trứng của BN cùng người thân trong gia đình BN. Tiền sử gia đình và bản thân đối tượng nghiên cứu có mắc ung thư buồng trứng hoặc ung thư vú gặp 2 trường hợp; có bệnh lí u nang buồng trứng trước đó đã được phẫu thuật gặp 1 trường hợp. Về tiên lượng, đa số BN có thể trạng trung bình và không có nguy cơ dinh dưỡng.

Ung thư buồng trứng là một trong số ít các loại ung thư có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và không đặc hiệu. Trên 50 BN ung thư thanh dịch buồng trứng, thấy có nhiều triệu chứng cơ năng khác nhau, đa số đều có biểu hiện đau vùng hạ vị, chướng bụng và gầy sút cân (tỉ lệ tương ứng là 86,0%, 58,0% và 46,0%). Các triệu chứng khác ít gặp hơn, nhưng khi có biểu hiện thường đã ở giai đoạn u kích thước lớn, có xâm lấn và lan rộng trong ổ bụng (như các triệu chứng rối loạn tiêu hóa, rối loạn tiểu tiện với tỉ lệ lần lượt là 14,0% và 6,0%). Theo nghiên cứu của Lê Quang Vinh (2013), triệu chứng hay gặp nhất ở BN ung thư buồng trứng là đau bụng (58,8%), tự sờ thấy khối u (35,2%), rối loạn đại tiểu tiện (25,6%), gầy sút cân (24,8%) và rối loạn kinh nguyệt (22,4%) [8].

Theo từng tác giả, ung thư biểu mô thanh dịch chiếm từ 39-62% trong tổng các loại ung thư biểu

mô buồng trứng. Khoảng 15% BN ở giai đoạn I, 6% ở giai đoạn II, 49% ở giai đoạn III và 30% ở giai đoạn IV. Trên thực tế lâm sàng, những trường hợp ung thư biểu mô thanh dịch độ cao mà không có tổn thương lan rộng ngoài buồng trứng là rất ít gặp; vì khối u này xuất phát từ ống dẫn trứng hoặc biểu mô bề mặt buồng trứng nên rất thuận lợi cho tế bào u lan rộng ra khoang ổ bụng. Theo thống kê thì thời gian sống thêm 5 năm không bệnh của BN ung thư thanh dịch ở giai đoạn sớm (giai đoạn I và II) là 80% so với 20% ở giai đoạn III và IV [9]. Trong nhóm BN nghiên cứu, có 6,0% và 8,0% BN phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm (tương ứng giai đoạn I và II) và 68,0% và 8,0% BN phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến triển (tương ứng giai đoạn III và IV). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Plaxe (năm 2008) khi chỉ ra, có khoảng 10,3% ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng xâm nhập ở giai đoạn I; 8,4% ở giai đoạn II; 55% ở giai đoạn III và 26,3% ở giai đoạn IV [6]. Nghiên cứu của Lê Quang Vinh (2013) trên 250 BN ung thư buồng trứng và theo dõi sau điều trị 5 năm thấy rằng, trong 172 BN được chẩn đoán là ung thư biểu mô buồng trứng, có 22% ở giai đoạn I; 55% ở giai đoạn II; 22% ở giai đoạn III và 1% ở giai đoạn IV. Tỉ lệ tái phát trong từng giai đoạn, từ giai đoạn I đến giai đoạn IV tương ứng là 18,2%; 67,9%; 97,0% và 100% [8].

Có nhiều dấu ấn sinh học trong máu có giá trị định hướng chẩn đoán ung thư nói chung, tuy nhiên với chẩn đoán định hướng trước điều trị của ung thư buồng trứng, dấu ấn CA125 và HE4 có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Việc kết hợp cả hai dấu ấn này mang lại độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn. Theo Ronny Drapkin (2005), HE4 được mã hóa bởi gen có vai trò hình thành ung thư biểu mô buồng trứng vì biểu hiện của protein này gợi ý sự hình thành của lớp biểu mô Mullerian là bước đầu tiên trong quá trình phát triển ung thư buồng trứng. HE4 tăng chủ yếu trong ung thư biểu mô thanh dịch buồng trứng. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm marker HE4 trong máu rất giao động theo các nghiên cứu khác nhau (độ nhạy từ 50-83,3% và độ đặc hiệu cao từ 84,6-98,4%) [10]. Mặt khác, nồng độ HE4 còn phụ thuộc vào tình trạng kinh nguyệt. Nghiên cứu của Phạm Thị Diệu Hà (2013) cho thấy, 25/28 BN ung thư biểu mô buồng trứng mạn kinh có nồng độ HE4 > 140 pM và trong số BN có nồng độ HE4 > 140 pM thì 91,3% là thuộc tít ung thư biểu mô thanh dịch. Bên cạnh HE4 ngày càng được sự dụng rộng rãi trong chẩn đoán ung thư buồng trứng, CA125 tuy có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn xét nghiệm HE4 (nếu tính theo tiêu chuẩn điểm cắt 35 U/ml thì độ nhạy của CA125 trong nghiên cứu của Võ Văn Khoa (2018) là 83,3% và độ đặc hiệu là 78,14%),

nhưng lại có vai trò trong theo dõi điều trị [10]. Bạch Cẩm An (2010) nghiên cứu đánh giá hiệu quả của hóa trị trước phẫu thuật trên 30 BN ung thư buồng trứng giai đoạn muộn thấy, nồng độ CA125 trung bình trước điều trị rất cao ($3319,3 \pm 201,5$ U/ml) và giảm rất mạnh sau một chu kỳ hóa chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ trung bình của CA125 và HE4 đều rất cao, tương ứng là $1.737,8 \pm 1.741,5$ U/l và $804,1 \pm 757,9$ pmol/l. Hầu hết BN đều có chỉ số CA125 và HE4 trong máu cao hơn ngưỡng bình thường, chỉ 1 trường hợp có nồng độ CA125 trong giới hạn bình thường và 3 trường hợp có nồng độ HE4 trong máu bình thường.

Tất cả các BN nghiên cứu đều được khảo sát khối u buồng trứng bằng siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, kết quả thấy 76,0% khối u có ở cả hai bên buồng trứng, 16,0% có ở một bên và 8,0% có ở vị trí khác (là các trường hợp không xác định được u do BN có di căn ổ bụng gây tràn dịch). Do đó, có 4 trường hợp không xác định được kích thước khối u, còn lại 50% khối u có kích thước ≥ 10 cm. Về tính chất khối u, có các tổn thương dạng nang (14,0%), dạng khối đặc hay đồng nhất về tính chất trên siêu âm và trên chụp cắt lớp vi tính (26,0%). Dạng hỗn hợp (kết hợp cả hai tổn thương dạng nang và dạng đặc) chiếm tỉ lệ cao nhất 58,0%. BN có tràn dịch ổ bụng chiếm 70,0% và 8,0% BN có tràn dịch màng phổi. Kết quả nghiên cứu này khác so với kết quả nghiên cứu của Lê Quang Vinh năm 2013 (u có tổn thương dạng nang chiếm 78,8%; tổn thương đặc chiếm 85,6%, kích thước khối u > 10 cm chiếm 68,4%. Trong 250 BN ung thư buồng trứng, 66,8% BN có tràn dịch ổ bụng [8]).

Ung thư biểu mô buồng trứng típ thanh dịch về mặt đại thể có nhiều dạng tổn thương khác nhau, nhưng về màu sắc, u màu trắng đục chiếm đa số (66,0%). 82,0% u không có vỏ bao bọc hoặc bị phá vỡ vỏ. Trên vi thể, hầu hết u có các ổ hoại tử nhỏ đến hoại tử rộng, xâm lấn mô đệm và di căn mạc nối và phúc mạc với tỉ lệ cao (74,0% và 50,0%). U xâm lấn cơ quan lân cận chủ yếu là tử cung và ruột thừa (62,0% và 52,0%). Típ ung thư biểu mô thanh dịch độ cao chiếm đa số (96,0%).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng 50 BN ung thư buồng trứng típ biểu mô thanh dịch, điều trị tại Bệnh viện K Trung ương và Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 12/2019 đến tháng 3/2021. Kết quả:

- 96,0% BN ung thư biểu mô thanh dịch độ cao; tuổi trung bình của BN là $57,7 \pm 17,2$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau vùng hạ vị,

gầy sút cân và chướng bụng. 14,0% BN ung thư biểu mô giai đoạn sớm (giai đoạn I, II), và 86,0% ở giai đoạn tiến triển (giai đoạn III, IV). Hay gặp u cả hai bên, kích thước u ≥ 10 cm, u không có vỏ, u có tổn thương hỗn hợp.

- 70,0% BN có tràn dịch ổ bụng và 8,0% có tràn dịch màng phổi. Lần lượt 98,0% và 94,0% BN có chỉ số CA125 và HE4 trong máu cao hơn ngưỡng bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Sung H, Ferlay J, Siegel R.L, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F (2020), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA Cancer J Clin*.
2. Frances Reid (2018), <the-world-ovarian-cancer-coalition-atlas-2018.
3. Stewart C, Ralyea C, Lockwood S (2019), "Ovarian Cancer: An Integrated Review", *Semin Oncol Nurs*, Apr, 35 (2): 151-156.
4. American Joint Committee on Cancer. Ovary, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal carcinoma. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer, 2017: 681-690.
5. L.R Duska and E.C Kohn (2017), "The new classifications of ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer and their clinical implications", *Annals of Oncology*, 28 (suppl_8), viii8-viii12.
6. Lalwani N, Prasad S.R, Vikram R, Shanbhogue A.K, Huettner P.C, Fasih N (2011), "Histologic, molecular, and cytogenetic features of ovarian cancers: implications for diagnosis and treatment", *Radiographics*, May-Jun, 31 (3): 625-46.
7. Vang R, Shih IeM, Kurman R.J (2009), "Ovarian low-grade and high-grade serous carcinoma: pathogenesis, clinicopathologic and molecular biologic features, and diagnostic problems", *Adv Anat Pathol*, Sep, 16 (5): 267-82.
8. Lê Quang Vinh (2013), "Tình hình chẩn đoán, điều trị ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 1/2003 - 12/2007", *Tạp chí Y học thực hành*, số 4/2013, 10-13.
9. Brooke E. Howitt, Christopher P Crum, et al (2018), "The Pathology of Pelvic-Ovarian Epithelial (Epithelial-Stromal) Tumors", *Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology* (Third Edition).
10. Võ Văn Khoa, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2018), "Nghiên cứu giá trị của HE4, CA125, thuật toán nguy cơ ác tính buồng trứng (ROMA) trong chẩn đoán trước mổ ung thư buồng trứng", *Tạp chí Phụ sản*, 16 (02), 79-85. □