

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn ung thư tế bào mầm buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Phạm Trí Hiếu^{1*}, Nguyễn Quốc Tuấn², Vũ Bá Quyết¹

¹ Bệnh viện Phụ sản Trung ương

² Trường Đại học Y Hà Nội

doi: 10.46755/vjog.2022.2.1341

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Phạm Trí Hiếu; email: thongke8@gmail.com

Nhận bài (received): 7/2/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 1/8/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư tế bào mầm buồng trứng (UTTBMBT) là một trong ba thể mô bệnh học chính của ung thư buồng trứng (UTBT) có nhiều đặc điểm khác biệt. Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn UTTBMBT tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán mới mắc UTTBMBT nguyên phát, được phẫu thuật tại BVPSTU, điều trị từ tháng 1/2015 đến hết tháng 12/2020.

Kết quả: Có tổng số 92 bệnh nhân từ 6 đến 58 tuổi, độ tuổi trung bình: $22,9 \pm 8,6$; 82,6% dưới 30 tuổi. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng âm ỉ (37%); 93,8% đi khám trong vòng 1 tháng. Trên chẩn đoán hình ảnh, khối u có kích thước lớn (83,7% khối u > 10 cm) và có tổ chức đặc (94,6%). Thể giải phẫu bệnh phổ biến nhất là u quái (55,4%) bao gồm u quái không trưởng thành và u quái trưởng thành chuyển dạng ác tính. Hầu hết bệnh nhân UTTBMBT được chẩn đoán ở giai đoạn I theo FIGO (95,6%).

Kết luận: UTTBMBT thường gặp ở phụ nữ trẻ tuổi, phát triển nhanh, u kích thước lớn, có tổ chức đặc, chẩn đoán được ở giai đoạn sớm, từ đó có kết quả điều trị khả quan.

Từ khóa: ung thư buồng trứng, ung thư tế bào mầm buồng trứng, chẩn đoán hình ảnh, marker ung thư, giải phẫu bệnh, FIGO 2014.

Clinical, paraclinical characteristics and FIGO staging of malignant ovarian germ cell tumours at National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Pham Tri Hieu^{1*}, Nguyen Quoc Tuan², Vu Ba Quyet¹

¹ National Hospital of Obstetrics and Gynecology

² Hanoi Medical University

Abstract

Background: Malignant ovarian germ cell tumors (mOGCTs) are one of their main histopathological types of ovarian cancer with distinctive features.

Objectives: to describe the clinical, paraclinical characteristics and FIGO staging of mOGCTs at National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG).

Subjects and Methods: Retrospective descriptive study. Patients newly diagnosed with mOGCTs, operated and treated at NHOG from January 2015 to December 2020.

Results: there were a total of 92 women aged from 6 to 58 years old, the mean age was 22.9 ± 8.6 ; 82.6% under 30 years old. The most frequent symptom was dull pain in the abdomen with 37%. 93.8% of patients consulted doctors within a month. In imaging studies, the tumors were usually large in diameter (83.7% > 10 centimeters) and had solid components (94.6%). The most popular pathological type was teratoma (55.4%) including immature teratoma and mature teratoma with malignant transformation. Most of the patients were diagnosed at FIGO stage I (95.6%).

Conclusions: mOGCTs were more common in young women; the tumor grew rapidly, reached a large size with solid components and could be diagnosed at an early stage of FIGO and cured.

Key words: ovarian cancer, OGCT, imaging study, tumor marker, pathology, FIGO staging.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những loại ung thư phụ khoa hay gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, chỉ đứng sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung. Theo Globocan 2020, tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 1404 bệnh nhân mới mắc UTBT, 923 bệnh nhân tử vong [1]. Ung thư tế bào mầm buồng trứng (UTTBMBT) là 1 trong 3 thể chính của UTBT, xuất phát từ các tế bào mầm, chiếm khoảng 10% [2], bao gồm: u loạn mầm sinh dục (ULMSD), u túi noãn hoàng (UTNH), u quái không trưởng thành (UQKTT), ung thư biểu mô phôi (UTBMP), ung thư nguyên bào nuôi, u quái trưởng thành (UQTT) chuyển dạng ác tính và u tế bào mầm hỗn hợp (UTBMHH); đồng thời là nhóm có nhiều đặc điểm khác biệt. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trẻ, phát triển nhanh gây triệu chứng rõ rệt giúp chẩn đoán được ở giai đoạn sớm, có thể phẫu thuật điều trị bảo tồn chức năng sinh sản, đáp ứng tốt với hóa chất ngay cả khi tái phát.

Tuy nhiên, do tính chất ít gặp, hiện chưa có nhiều công trình nghiên cứu tổng kết về tình hình chẩn đoán, điều trị bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: *mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn của ung thư tế bào mầm buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán mới mắc UTBT nguyên phát, được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác định UTTBMBT, điều trị trong thời gian từ tháng 1/2015 đến hết tháng 12/2020.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng UTTBMBT

Nhóm triệu chứng	Triệu chứng	n (%)	Triệu chứng	n (%)
Cơ năng	Đau bụng âm ỉ	34 (37%)	Rối loạn tiêu hóa	3 (3,3%)
	Đau bụng cấp	11(11,9%)	Rối loạn đại tiểu tiện	5 (5,4%)
	Bụng to dần lên	29 (31,5%)	Rối loạn kinh nguyệt	3 (3,3%)
	Tự sờ thấy khối u	18 (19,6%)	Khám định kỳ	11 (11,9%)
Toàn thân	Không triệu chứng	79 (85,9%)	Sốt	5 (5,4%)
	Thiếu máu	3 (3,3%)	Sút cân	5 (5,4%)
Thực thể				
Sờ được khối u	Khối 1 bên	32 (34,8%)	Khối lớn chiếm hết tiểu khung	60 (65,2%)
Cổ tử cung	Có cổ tử cung	8 (8,7%)	Không	84 (91,3%)

Đau bụng âm ỉ, thấy bụng to dần lên và tự sờ thấy khối u là bộ ba dấu hiệu thường gặp nhất với tỷ lệ tương ứng 37,0%; 31,5% và 19,6%. 11,9% số bệnh nhân có biểu hiện đau bụng cấp tính phải đi khám ngay; tuy nhiên

- Bệnh nhân có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu: triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, nồng độ marker ung thư, cách thức phẫu thuật, giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân UTBT thứ phát hoặc đã phẫu thuật lần đầu tại các cơ sở y tế khác trước khi chuyển đến BVPSTƯ hoặc được mổ UTBT kết hợp với mổ lấy thai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Mô tả hồi cứu

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện không xác suất.

- Nghiên cứu đã thu thập tổng cộng 92 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.4. Quy trình thực hiện

- Lựa chọn tất cả các hồ sơ bệnh nhân UTTBMBT đã điều trị tại Khoa Phụ ung thư Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2020.

- Thu thập các thông tin cần thiết vào bệnh án nghiên cứu: tuổi; tiền sử phụ khoa và thai sản; triệu chứng lâm sàng (cơ năng, toàn thân, thực thể); triệu chứng cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh, marker ung thư); giai đoạn ung thư theo FIGO 2014 và thể giải phẫu bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tổng số 92 đối tượng nghiên cứu (từ 6 đến 58 tuổi); độ tuổi trung bình: $22,9 \pm 8,6$. Trong đó: 4,3% dưới 10 tuổi; 29,4% từ 10 – 19; 48,9% có độ tuổi từ 20 – 29; 13% từ 30 – 39; 2,2% từ 40 đến 49 và 2,2% từ 50 tuổi. 10,9% số bệnh nhân chưa từng hành kinh (trong đó có 1 trường hợp bất sản tử cung); 73,9% chưa có con nào.

trong số này chỉ có 2 bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu vì xoắn u buồng trứng.

Trong số 92 bệnh nhân, hầu hết người bệnh không có biểu hiện triệu chứng toàn thân (chiếm 85,9%).

Qua thăm khám: 34,8% số bệnh nhân sờ được khối u tại một phần phụ; 65,2% sờ được khối u lớn trong tiểu khung, thậm chí lan lên ổ bụng.

Không tính tới 11 bệnh nhân phát hiện bệnh qua khám định kỳ; trong số 81 bệnh nhân còn lại: thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đến lúc khám bệnh từ 03 ngày đến 08 tháng. Trong đó, 93,8% số người bệnh đi khám trong vòng 01 tháng.

3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm UTTBMBT trên chẩn đoán hình ảnh

Nhóm triệu chứng	Đặc điểm	n (%)
Kích thước lớn nhất của khối u trên chẩn đoán hình ảnh	≤ 50 mm	1 (1,1%)
	51 - 100 mm	14 (15,2%)
	101 - 150 mm	44 (47,8%)
	151 - 200 mm	33 (35,9%)
	Trung bình ± SD (mm)	140,5 ± 4,9
Tính chất khối u	Có nhú	8 (8,7%)
	Có vách	58 (63%)
	Có tổ chức đặc	87 (94,6%)
	Cổ trứng	29 (31,5%)
Vị trí u	1 bên	82 (89,1%)
	2 bên	10 (10,9%)

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã được thực hiện bao gồm: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính/ cộng hưởng từ tiểu khung - ổ bụng hoặc phối hợp. 47,8% khối u từ 101 - 150 mm; 35,9% u to > 150 mm. Kích thước trung bình của khối u là 140,5 ± 4,9 mm.

Đặc trưng của UTTBMBT là khối u có tổ chức đặc (94,6%). 63% khối u có vách. 8,7% có nhú. 31,5% có biểu hiện cổ trứng ở các mức độ.

82/92 người bệnh có khối u tại một phần phụ (89,1%); 10/92 người bệnh (10,9%) có u cả hai bên phần phụ.

Bảng 3. Nồng độ marker ung thư trong huyết thanh theo percentile và nồng độ alpha fetoprotein (αFP) huyết thanh theo thể GPB

	Nồng độ αFP	Nồng độ CA125	Nồng độ βhCG
Không làm xét nghiệm	10 (10,9%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)
Có làm xét nghiệm	82 (89,1%)	90 (97,8%)	91 (98,9%)
Percentile 25	6,0	33,6	0,0
Percentile 50 (M)	72,5	79,4	0,0
Percentile 75	1,210	133,8	0,0

Phân loại giải phẫu bệnh	Phân loại αFP		Tổng số
	≤ 1000 ng/ml	>1000 ng/ml	
ULMSD	9	0	9
UTNH	1	15	16
UQKTT	41	3	44
UTBMHH	7	3	10
UTBMP	0	1	1
UQTT chuyển dạng ác tính	2	0	2
Tổng số	60	22	82
Kiểm định		p < 0,001	

Ghi chú: Nồng độ aFP(ng/ml): âm tính < 7 ng/ml. Nồng độ beta hCG (IU/l): âm tính < 5 IU/l. Nồng độ CA125 (U/ml): âm tính < 35 U/ml. XN: xét nghiệm. M: median

89,1% bệnh nhân được làm xét nghiệm aFP. 61,9% bệnh nhân có kết quả dương tính (từ 12,5 → 72.475 ng/ml).

97,8% bệnh nhân được làm xét nghiệm CA125: 71,7% bệnh nhân có kết quả dương tính (từ 35,9 → 1.064 U/ml).

98,9% bệnh nhân được làm xét nghiệm Beta hCG: 14,1% bệnh nhân có kết quả dương tính (từ 9 → 118.314 IU/l).

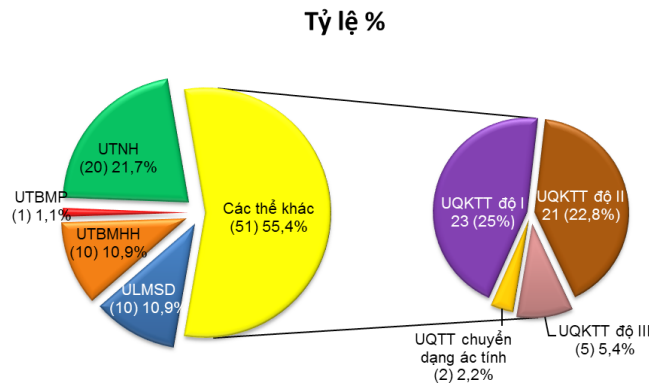
Nồng độ marker không liên quan đến giai đoạn bệnh nhưng có liên quan đến thể GPB của UTTBMBT. Trong số 82 bệnh nhân được làm xét nghiệm aFP. 93,8% các

UTNH có nồng độ aFP huyết thanh > 1000 ng/ml. Sự khác biệt về tỷ lệ nồng độ aFP huyết thanh cao > 1000 ng/ml so với các thể GPB khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.4. Phân loại giải phẫu bệnh

Trong số các UTTBMBT, u quái tỷ lệ cao nhất (55,4%); trong đó 25% UQKTT độ I; 22,8% UQKTT độ II; 5,4% UQKTT độ III; 2,2% UQTT chuyển dạng ác tính. Tỷ lệ UTNH cao thứ hai với 21,7%, tiếp theo là ULMSD (10,9%), UTBMHH (10,9%). Có 1 trường hợp UTBMP phôi (1,1%). Độ tuổi trung bình của ULMSD là $22,2 \pm 5,2$; UTNH là $22,6 \pm 8,7$. UQKTT: $21,1 \pm 6,6$. Không có sự khác biệt về độ tuổi giữa 3 thể GPB chính.

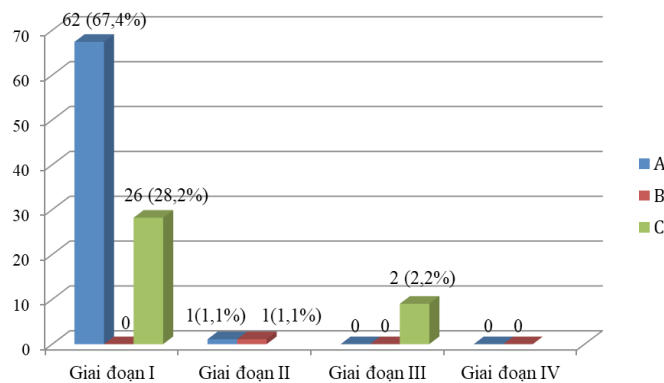
Chưa ghi nhận các thể UTNBN đơn thuần.



Biểu đồ 4. Phân loại giải phẫu bệnh ung thư tế bào mầm buồng trứng

Ghi chú: số biểu thị trong ngoặc đơn là số lượng bệnh nhân tương ứng

3.5. Phân loại giai đoạn ung thư theo FIGO



Biểu đồ 5. Phân loại giai đoạn ung thư theo FIGO 2014

Giai đoạn I chiếm tỷ lệ lớn nhất với 67,4% giai đoạn IA và 28,2% giai đoạn IC. 1,1% giai đoạn IIA; 1,1% giai đoạn IIB, 2,2% giai đoạn IIIC. Không có bệnh nhân nào phát hiện bệnh ở giai đoạn IV.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

UTTBMBT thường gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi. Độ tuổi trung bình là $22,9 \pm 8,6$ tuổi; lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 20 đến 29 tuổi với 48,9%. Tổng cộng 82,6% số đối tượng nghiên cứu có độ tuổi dưới 30. Đây là một đặc điểm rất đặc trưng của bệnh UTTBMBT so với ung thư biểu mô buồng trứng và u mô đệm - dây sinh dục (vốn thường gặp ở những độ tuổi lớn hơn). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước và

quốc tế. Theo Nguyễn Thị Hương Giang (2013) tại Bệnh viện K, độ tuổi trung bình của đối tượng là $22,0 \pm 7,9$ tuổi với 97% người bệnh có độ tuổi ≤ 30 [3]. Theo Smith H.O (2006), u tế bào mầm buồng trứng nói chung (bao gồm cả UTTBMBT và UQTT) chiếm tới 70% các khối UBT trong độ tuổi 10 - 30 tuổi [4]. Chính vì đặc điểm bệnh thường gặp ở lứa tuổi trẻ, nhiều người bệnh chưa có gia đình, chưa có con; mặt khác thường chẩn đoán bệnh được ở giai đoạn sớm nên phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản rất quan trọng.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi khám bệnh từ 03 ngày đến 08 tháng. Tuy nhiên, hầu hết bệnh nhân đã đi khám trong vòng 01 tháng (tỷ lệ 93,8%). Điều này gợi ý khả năng phát triển nhanh chóng của khối u, khiến người bệnh biểu hiện triệu chứng rõ ràng và tăng lên nhanh chóng, bị thúc đẩy đi khám sớm. Những triệu chứng cơ năng thường gặp nhất tại thời điểm nhập viện là: đau bụng âm ỉ (37%), thấy bụng to dần lên (31,5%) và tự sờ thấy khối u (19,6%). Sự phổ biến của những triệu chứng này cũng đã được nhiều tác giả quốc tế ghi nhận. Theo Ray-Coquard (2018), triệu chứng đau hạ vị là phổ biến nhất, bên cạnh đó là bụng căng to dần và rối loạn kinh nguyệt [5].

11,9% số bệnh nhân có triệu chứng đau bụng cấp tính. Biểu hiện đau bụng dữ dội kèm theo nôn thường gợi ý biến chứng xoắn u, cần xử trí cấp cứu ngay. Tuy vậy, trong nghiên cứu chỉ ghi nhận hai trường hợp xoắn UTBT. Lê Quang Vinh (2013) ghi nhận 12 trong số 16 UTBT xoắn là UTTBMBT, thường gặp UQKTT [6].

Hầu hết bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng toàn thân (85,9%), phù hợp với việc bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (95,6% bệnh ở giai đoạn I).

Do tính chất phát triển nhanh của khối u: 65,2% người bệnh khám phát hiện được một khối u lớn tại tiểu khung, thậm chí lan lên chiếm toàn bộ ổ bụng. Mặt khác, đối với những khối u nhỏ ở bệnh nhân chưa quan hệ tình dục, việc thăm khám cũng hạn chế hơn vì phải đánh giá qua trực tràng và các phương pháp hình ảnh.

4.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Trên chẩn đoán hình ảnh, khối u tương đối lớn: 47,8% có kích thước lớn nhất từ 101 - 150mm và 35,9% thậm chí trên 150mm. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Lan (2004) khi nghiên cứu trên 165 bệnh nhân UTBT (trong đó có 38 ca UTTBMBT) cũng nhấn mạnh về kích thước nổi bật của UTTBMBT so với những thể GPB khác: 32,9% khối u có kích thước 11 - 20cm; 44,4% u có kích thước từ 21 - 30cm và có sự khác biệt có ý nghĩa với 2 thể UTBT còn lại [7]. Tổng kết của Zixuan Song (2022) trên 1401 bệnh nhân cũng ghi nhận 868/1401 đối tượng (61,96%) có kích thước khối u > 130mm [8].

Kích thước lớn của khối u giúp dễ dàng phát hiện được ngay cả với siêu âm đường bụng, mặt khác giúp nghiên cứu được những đặc điểm hình thái khối u.

Đặc điểm đặc trưng nhất của khối UTTBMBT là một khối u có tổ chức đặc bên trong (tỷ lệ 94,6%). Bệnh cạnh đó, những dấu hiệu khác giúp gợi ý tính chất ác tính của khối u gồm: có vách (63%), có nhú (8,7%) và cổ trứng (31,5%). Kết quả này cũng tương đương với tổng kết của Lê Quang Vinh: tỷ lệ u có tổ chức đặc là 98%, có vách là 61% [9]. Có thể nói, ngay cả khi không sẵn có những phương tiện kỹ thuật cao, siêu âm là phương pháp đơn giản nhưng rất giá trị để đánh giá các UTTBMBT.

4.4. Đặc điểm xét nghiệm marker ung thư huyết thanh

Theo Barbara LH (2016), UTTBMBT có một số xét

NGHIỆM marker ung thư huyết thanh đặc thù giúp chẩn đoán và theo dõi sự tiến triển của bệnh [10]. Theo bảng 3: 61,9% người bệnh có xét nghiệm α FP huyết thanh dương tính, trong đó 22/92 (23,9%) có α FP > 1.000 ng/ml. α FP được coi là xét nghiệm đặc trưng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị UTTBMBT; tuy nhiên giá trị nhất trong UTNH. Điều này cũng được thể hiện: có tới 15/16 bệnh nhân UTNH (93,8%) mới được chẩn đoán có nồng độ α FP > 1000 ng/ml. Tỷ lệ này ở những thể GPB khác đều không quá 30%. Theo Nguyễn Thị Hương Giang (2013), tỷ lệ bệnh nhân UTTBMBT có nồng độ α FP > 1000 ng/ml là 28,9% và 58,8% trong số đó là UTNH [3]. Theo De la Motte Rouge (2016), nồng độ α FP tăng rất cao trước mổ và sụt giảm ngay sau mổ hoặc hóa chất hỗ trợ có vai trò tiên lượng đối với thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ của UTNH [11].

Xét nghiệm CA125 thường được sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh ung thư biểu mô buồng trứng, song cũng có thể tăng trong UQKTT. Nhìn chung, xét nghiệm CA125 thường ít ý nghĩa hơn α FP trong theo dõi, tiên lượng cũng như đánh giá đáp ứng điều trị UTTBMBT do không đặc hiệu.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ dương tính của xét nghiệm β -hCG chỉ chiếm 14,1%. Xét nghiệm này thường chỉ điểm UTNBN và các dạng UTBMHH có thành phần UTNBN.

Xét nghiệm LDH huyết thanh chưa được thực hiện thường quy ở những bệnh nhân UTTBMBT.

4.5. Phân loại giải phẫu bệnh

Tỷ lệ các thể GPB UTTBMBT có sự khác nhau giữa các tác giả trong nước và quốc tế, phụ thuộc nhiều vào cỡ mẫu, chủng tộc, vùng miền và thời gian nghiên cứu. Theo kết quả của nhóm nghiên cứu, UQKTT chiếm tỷ lệ lớn nhất với 53,4%, phù hợp với nghiên cứu của Tạ Văn Tờ (2010) [12] và Lê Quang Vinh (2013) [9] cũng thực hiện tại BVPSTƯ. Tại BV K, nghiên cứu của Trần Quang Hưng (2020) trên 84 bệnh nhân cũng ghi nhận 2 thể GPB phổ biến nhất là UQKTT (41,7%) và UTNH (38,1%) [13].

Các nghiên cứu đều thừa nhận sự hiếm gặp của các thể GPB còn lại bao gồm: UTBMP, UQTT chuyển dạng ác tính và UTNBN. Với cỡ mẫu càng nhỏ, khả năng xuất hiện bệnh nhân mắc những thể GPB hiếm gặp nói trên càng thấp.

4.6. Phân loại giai đoạn theo FIGO

Theo kết quả biểu đồ 5: 95,6% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn I khi ung thư còn giới hạn tại buồng trứng, trong đó 67,4% giai đoạn IA (ung thư chỉ có tại 1 buồng trứng) và 28,2% giai đoạn IC (có dấu hiệu vỡ vỏ khối u trước hoặc do phẫu thuật, có tế bào ác tính trong dịch cổ trứng hoặc dịch rửa ổ bụng). 2,2% người bệnh phát hiện UTBT đã lan tràn vào các tạng trong tiểu khung (giai đoạn II), trong đó 1,1% có tổn thương xâm lấn vào vòi tử cung (giai đoạn IIA); 1,1% tổn thương xâm lấn vào quai đại tràng (giai đoạn IIB). Còn lại 2,2% số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (IIIC) khi

ung thư đã lan tràn vào ổ bụng, xuất hiện tổn thương đại thể trên phúc mạc.

UTTBMBT thường được phát hiện ở giai đoạn sớm (IA), đây là đặc điểm đặc trưng thể hiện tốc độ phát triển nhanh chóng của khối u. Kết quả của nghiên cứu này ghi nhận hầu hết bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn I (phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Lan (2004) [7] cũng thực hiện tại BVPSTƯ (89,5%) nhưng cao hơn đáng kể so với Tamauchi (2018) (71,8%) [14] và gần gấp đôi so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2013) [3] và Trần Quang Hưng (2020) tại BV K [13]. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy còn một số bất cập trong đánh giá giai đoạn ung thư như: thiếu mô tả tình trạng khối u, ổ bụng, phúc mạc, mạc nối lớn, các tạng; xét nghiệm tìm tế bào ác tính trong dịch ổ bụng chưa thực hiện thường quy...

5. KẾT LUẬN

UTTBMBT thường gặp ở lứa tuổi trẻ (82,6% dưới 30 tuổi). Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng âm ỉ (37%); 93,8% đi khám trong vòng 1 tháng. Trên chẩn đoán hình ảnh, khối u có kích thước lớn (83,7% khối u > 10cm) và có tổ chức đặc (94,6%).

Các thể GPB phổ biến nhất là u quái (55,4%) bao gồm UQKT và UQTT chuyển dạng ác tính. Hầu hết bệnh nhân UTTBMBT được chẩn đoán ở giai đoạn I theo FIGO 2014 (95,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Ovarian cancer. International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2020; 2020, (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-factsheets.pdf>)
2. Nguyễn Khánh Dương, Lê Quang Vinh, Lê Trung Thọ. Một số nhận xét về hình thái UTBT tại BVPSTƯ từ 2006 đến 2010. Tạp chí Y học thực hành. 2011; số 11(792): 26 – 29.
3. Nguyễn Thị Hương Giang. Đánh giá kết quả điều trị một số u tế bào mầm ác tính buồng trứng bằng phẫu thuật phối hợp với hóa trị phác đồ BEP. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2013.
4. Smith H.O, Berwick M, Verschraegen C.F et al. Incidence and survival rates of female malignant germ cell tumors. Obstet Gynecol. 2006; 107, 1075.
5. Ray-Coquard I, Morice P, Lorusso D et al. Non-epithelial ovarian cancer. ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2018; 29, iv1–iv18.
6. Lê Quang Vinh. Tình hình chẩn đoán, điều trị ung thư buồng trứng tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 1/2003 – 12/2007. Y học thực hành. 2013; (865), số 4/2013, 10 - 13.
7. Trần Thị Tuyết Lan. Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ung thư buồng trứng nguyên phát

tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương 2001 – 2004. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2004.

8. Song Z, Wang Y, Zhou Y et al. Nomograms to predict the prognosis in malignant ovarian germ cell tumors: a large cohort study. BMC Cancer. 2022; 22, 257.
9. Lê Quang Vinh. Mối liên quan giữa các type mô bệnh học và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân UTBT tại BVPSTƯ. Tạp chí Phụ sản. 2013; số 11(2), 93 – 97.
10. Barbara L.H, John O.S, Karen D.B et al. Williams Gynecology third edition. New York, McGraw – Hill Education; 2016, 760 – 766.
11. De la Motte Rouge T, Pautier P, Genestie C et al. Prognostic significance of an early decline in serum alpha-fetoprotein during chemotherapy for ovarian yolk sac tumors. Gynecol Oncol. Sep 2016; 142, 452 – 457.
12. Tạ Văn Tờ. Nhận xét một số đặc điểm mô bệnh học u tế bào mầm ác tính buồng trứng. Tạp chí Y học thực hành. 2010; 6(723), 127 - 129.
13. Trần Quang Hưng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng của chúng trong u tế bào mầm ác tính buồng trứng. Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2020.
14. Tamauchi S, Kajiyama H, Yoshihara M et al. Reproductive outcomes of 105 malignant ovarian germ cell tumor survivors: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2018; 219(4), 385.e1 – e7.