

Mối liên quan giữa loại mô bệnh học với độ mô học và giai đoạn bệnh của ung thư biểu mô buồng trứng

Nguyễn Khánh Dương¹, Nguyễn Đình Quyết¹, Trần Thị Hải Yến¹, Nguyễn Thu Hoài¹
¹Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương

doi:10.46755/vjog.2021.4.1302

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Khánh Dương, email: duongnk1978@gmail.com

Nhận bài (received): 29/11/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 20/12/2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) năm 2014, phân tích mối liên quan giữa loại mô bệnh học với độ mô học và giai đoạn bệnh UTBMBT.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 95 bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học (MBH) là UTBMBT sau phẫu thuật cắt buồng trứng chứa u kèm mạc nối lớn từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2018 bằng phương pháp mô tả cắt ngang.

Kết quả và kết luận: UTBM thanh dịch độ cao chiếm tỉ lệ 46,3%, UTBM chế tiết nhầy 15,8%, UTBM tuyến dạng nội mạc 14,7%, UTBM thanh dịch độ thấp 11,6%, UTBM tế bào sáng 7,4%, UTBM tuyến chế tiết nhầy - thanh dịch 4,2%. Hầu hết các trường hợp UTBM buồng trứng có độ mô học thấp (độ I và độ II) với 86,3%, độ mô học cao (độ III) với 13,7%. Hầu hết các trường hợp UTBMBT ở giai đoạn sớm (giai đoạn I) với 73,7%. Giai đoạn II chiếm 11,6%, giai đoạn III 14,7%, Giai đoạn muộn (giai đoạn II, III) gặp nhiều nhất ở tít thanh dịch độ cao. Không gặp trường hợp nào giai đoạn IV.

Từ khóa: ung thư biểu mô buồng trứng, mối liên quan, độ mô học, giai đoạn bệnh.

The relationship between histological types with grade and stage of ovary carcinoma

Nguyen Khanh Duong¹, Nguyen Dinh Quyet¹, Tran Thi Hai Yen¹, Nguyen Thu Hoai¹
¹National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Objectives: To determine the incidence of endometrial carcinoma according to World Health Organization (WHO) classification in 2014, analyze the relationship between histological types with grade and stage of ovary carcinoma.

Subjects and methods: The study was conducted 95 patients that had histopathologic diagnosis was ovary carcinoma after surgery to remove the ovaries containing tumors with greater omentum at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from October 2013 to October 2018 by method of dissecting the description.

Results and conclusion: High grade serous carcinoma accounts for 46.3%, mucinous carcinoma accounts for 15.8%, endometrioid carcinoma accounts for 14.7%, low grade serous carcinoma accounts for 11.6%, clear cell carcinoma accounts for 7.4%, seromucinous carcinoma accounts for 4.2%. Most ovary carcinoma are mainly seen in low grade. Most ovary carcinoma are mainly seen in the early stage (stage I). High grade serous carcinoma are mainly found in the late stage (stage II, III). There was no case of endometrial carcinoma seen in stage IV.

Keywords: ovary carcinoma, relationship, grade, stage.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là loại ung thư phổ biến trong các ung thư phụ khoa [1]. Trong số các loại ung thư ở buồng trứng thì loại ung thư biểu mô (UTBM) chiếm nhiều nhất (khoảng 85%). Theo số liệu mới nhất của Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC), năm 2018 trên toàn thế giới có 295.414 trường hợp UTBT mắc mới (tỷ lệ 6,6/100.000 dân), chiếm 3,4% tổng số ung thư ở phụ nữ và 184.799 trường hợp tử vong do UTBT (tỷ lệ 3,9/100.000 dân) [2]. Cũng theo công bố mới nhất của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGG) năm 2018 về tình hình

ung thư tại 185 quốc gia và vùng lãnh thổ thì ở Việt Nam, số trường hợp mắc mới và tử vong của UTBT là 1500 và 856, tương đương tỷ lệ 0,91 và 0,75/100.000 dân [2].

Khoảng 85-90% các khối u ác tính của buồng trứng là UTBM, dựa trên các đặc điểm mô bệnh học, hóa mô miễn dịch và phân tích di truyền phân tử, ít nhất 5 loại mô bệnh học UTBM buồng trứng chính được phân biệt: UTBM thanh dịch độ cao (70%); UTBM dạng nội mạc (10%); UTBM tế bào sáng (10%); UTBM chế tiết nhầy (3%) và UTBM thanh dịch độ thấp (<5%) [3]. Ngoài việc phân loại mô bệnh học thì việc xếp độ mô học của UTBM

buồng trứng cũng có vai trò quan trọng trong việc tiên lượng và điều trị bệnh. Khi phân loại độ mô học được so sánh với phân loại mô bệnh học của UTBM buồng trứng, phân loại mô bệnh học ít có giá trị hơn trong việc dự đoán khả năng sống sót nhưng tốt hơn trong việc dự đoán khả năng đáp ứng của khối u với hóa trị, và cũng có thể gợi ý các tác nhân hóa trị liệu được sử dụng. Vì vậy, cả phân loại mô bệnh học và phân loại độ mô học nên cùng được sử dụng cho bất kỳ UTBM buồng trứng nào. Trong nghiên cứu, chẩn đoán và đánh giá tiên lượng, việc xếp độ mô học và phân loại giai đoạn hiện đã được thừa nhận như một yêu cầu cần thiết. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng yếu tố có thể can thiệp vào thời gian sống thêm của người bệnh UTBMBT sau phẫu thuật có thể bao gồm độ mô học, loại mô học và sự phù hợp của giai đoạn khi phẫu thuật. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định mục tiêu: xác định tỷ lệ ung thư biểu mô buồng trứng theo phân loại của tổ chức y tế thế giới năm 2014 và tìm hiểu mối liên quan giữa loại mô bệnh học với độ mô học và giai đoạn bệnh ung thư biểu mô buồng trứng.

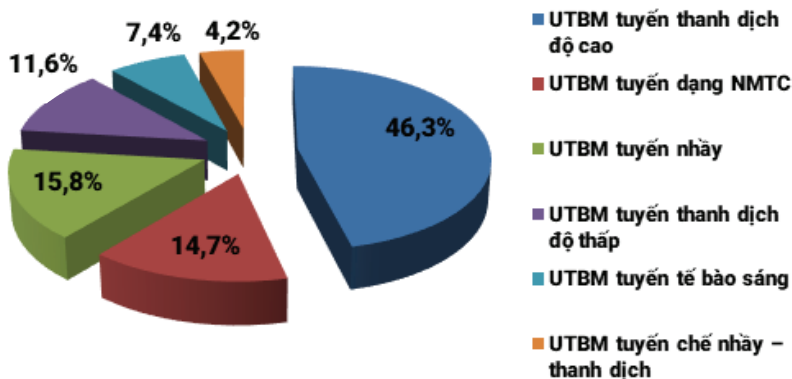
2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 95 bệnh nhân có chẩn đoán sau phẫu thuật là UTBM buồng trứng

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các loại mô bệnh học của ung thư biểu mô buồng trứng.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các loại mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng

Loại UTBM thanh dịch độ cao chiếm nhiều nhất (46,3%), tiếp theo là UTBM nhầy (15,8%), UTBM dạng nội mạc (14,7%). Ít gặp nhất là loại UTBM chế tiết nhầy - thanh dịch (4,2%).

3.2. Mối liên quan giữa loại mô bệnh học với độ mô học và giai đoạn bệnh ung thư biểu mô buồng trứng

Bảng 3.1. Tỷ lệ độ mô học của ung thư biểu mô buồng trứng

	Độ I	Độ II	Độ III	Tổng
Số lượng	43	39	13	95
Tỷ lệ %	45,3	41,1	13,7	100,0

Hầu hết các trường hợp UTBM buồng trứng có độ mô học thấp (độ I và độ II) với 82/95 trường hợp chiếm 86,3%, độ mô học cao (độ III) gặp 13/95 trường hợp (13,7%).

được cắt buồng trứng chứa u kèm mạc nối lớn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2018.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các trường hợp bệnh nhân có đủ thông tin hành chính, được chẩn đoán là UTBM nguyên phát buồng trứng có chỉ định phẫu thuật, có đủ tiêu bản nhuộm HE của mô u, mô cạnh u, của vòi tử cung, tử cung và mạc nối (nếu có), có đủ khối nén, đủ bệnh phẩm để nhuộm HMMD.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không thỏa mãn một trong các tiêu chuẩn trên, người bệnh có hai ung thư, người bệnh đã xạ trị vùng bụng và tiểu khung bởi bất kỳ lý do gì.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, có chủ đích.

- Các biến số nghiên cứu: Các loại mô bệnh học của ung thư biểu mô buồng trứng theo tiêu chuẩn phân loại của TCYTGG năm 2014 bao gồm: UTBM thanh dịch độ thấp, UTBM thanh dịch độ cao, UTBM chế tiết nhầy, UTBM dạng nội mạc, UTBM tế bào sáng, UTBM chế tiết nhầy-thanh dịch, độ mô học theo WHO 2014, giai đoạn bệnh theo Liên đoàn sản phụ khoa quốc tế (FIGO) 2014.

- Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa các loại ung thư biểu mô buồng trứng với độ mô học

Typ mô bệnh học		Độ mô học		Tổng	p
		Độ thấp (I, II)	Độ cao (III)		
Dạng NMTC	n	13	1	14	0,367
	%	92,9	1,1	100,0	
Chế tiết nhày	n	15		15	
	%	100,0		100,0	
Thanh dịch độ thấp	n	9	2	11	
	%	81,8	18,2	100,0	
Thanh dịch độ cao	n	35	9	44	
	%	79,5	20,5	100,0	
Tế bào sáng	n	6	1	7	
	%	85,7	14,3	100,0	
Chế tiết nhày - thanh dịch	n	4		4	
	%	100,0		100,0	
Tổng	n	82	13	95	
	%	86,3	13,7	100,0	

Hầu hết các loại mô bệnh học UTBM buồng trứng có độ mô học thấp (với tỷ lệ trên 80% ở mỗi loại), thậm chí loại UTBM buồng trứng chế tiết nhày và chế tiết nhày - thanh dịch chỉ gặp các u có độ mô học thấp. Tuy độ mô học cao gặp ở loại thanh dịch độ cao (20,5%) và loại tế bào sáng (14,3%) nhiều hơn so với các loại khác nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ giai đoạn bệnh của ung thư biểu mô buồng trứng

	Giai đoạn I	Giai đoạn II	Giai đoạn III	Giai đoạn IV	Tổng
Số lượng	70	11	14	0	95
Tỷ lệ %	73,7	11,6	14,7	0,0	100,0

Hầu hết các trường hợp UTBMBT ở giai đoạn sớm (giai đoạn I) với 70/95 trường hợp chiếm 73,7%. Giai đoạn II chiếm 11,6%, giai đoạn III 14,7% và không gặp trường hợp nào giai đoạn IV.

Bảng 3.4. Mối liên quan các loại ung thư biểu mô buồng trứng với giai đoạn bệnh

Loại mô bệnh học		UTBT		Tổng	p
		Giai đoạn sớm (I)	Giai đoạn muộn (II, III)		
Dạng nội mạc	n	10	4	14	0,083
	%	71,4	28,6	100	
Chế tiết nhày	n	15		15	
	%	100		100	
Thanh dịch độ thấp	n	9	2	11	
	%	81,8	18,2	100	
Thanh dịch độ cao	n	27	17	44	
	%	61,4	38,6	100	
Tế bào sáng	n	6	1	7	
	%	85,7	14,3	100	
Chế tiết nhày - thanh dịch	n	3	1	4	
	%	75	25	100	
Tổng	n	70	25	95	
	%	73,7	26,3	100	

Hầu hết các trường hợp UTBT ở giai đoạn sớm (73,7%). Tuy giai đoạn muộn gặp ở loại thanh dịch độ cao (38,6%) nhiều hơn so với các loại khác nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ loại mô bệnh học của ung thư biểu mô buồng trứng

Trong các UTBM buồng trứng, UTBM thanh dịch độ cao thường gặp nhất chiếm tỷ lệ khoảng 70%, tiếp đến là loại tế bào sáng và loại dạng nội mạc khoảng 10%, loại chế tiết nhầy và loại thanh dịch độ thấp ít hơn chỉ chiếm khoảng 3,5% và hiếm gặp loại chế tiết nhầy - thanh dịch [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBM loại thanh dịch độ cao gặp nhiều nhất (46,3%). Các loại UTBM khác gặp tỷ lệ thấp hơn: UTBM chế tiết nhầy chiếm 15,8%, ung thư biểu mô dạng nội mạc 14,7%, và ít gặp nhất là UTBM chế tiết nhầy - thanh dịch 5,4%. So sánh với nghiên cứu của Mackenzie R. và CS (2015) trên 850 trường hợp UTBM buồng trứng, UTBM thanh dịch độ cao chiếm 66%, UTBM chế tiết nhầy 5%, UTBM thanh dịch độ thấp 3% và 15 trường hợp UTBM chế tiết nhầy – thanh dịch chiếm tỷ lệ 5,3% [5].

4.2. Mối liên quan giữa loại mô bệnh học với độ mô học và giai đoạn bệnh ung thư biểu mô buồng trứng

Nhiều hệ thống phân loại độ mô học của UTBT khác nhau đã được sử dụng bao gồm hệ thống phân loại của Silverberg, hệ thống phân loại của FIGO, hệ thống phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và hệ thống phân loại của nhóm ung thư phụ khoa (GOG) [3], [6], [7]. Mỗi hệ thống phân loại sử dụng một tiêu chuẩn khác nhau, nhưng hầu hết các hệ thống phân thành ba loại tốt, vừa và kém biệt hóa. Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng hệ thống phân loại của Silverberg dựa trên đặc điểm về cấu trúc, nhân không điển hình và hoạt động nhân chia: dựa trên cấu trúc (đa số tuyến = 1, nhú = 2, đặc = 3), nhân không điển hình (nhẹ = 1, trung bình = 2, nặng = 3), và hoạt động nhân chia trên 10 vi trường có độ phóng đại cao (0 đến 9 = 1, 10 đến 24 = 2, $\geq 25 = 3$); điểm được xác định độ mô học (G1: 3 đến 5, G2: 6 đến 7, G3: 8 đến 9). Cũng tương tự các nghiên cứu trên thế giới về độ mô học của UTBT, trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBMBT độ mô học I và độ mô học II gặp nhiều nhất với 43 và 39 trường hợp chiếm tỷ lệ 45,3% và 41,1%, độ III gặp ít hơn với 13 trường hợp, chiếm tỷ lệ 13,7%. Về mối liên quan giữa các loại mô bệnh học của UTBT với độ mô học, hầu hết các trường hợp UTBMBT chúng tôi gặp có độ mô học thấp (độ I và độ II). Độ mô học cao (độ III) gặp chủ yếu ở loại thanh dịch độ cao và loại tế bào sáng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,367$. Nghiên cứu của Mayr và Diebold (2000) trên 192 trường hợp UTBM buồng trứng bao gồm các loại mô bệnh học chính được áp dụng hệ thống phân loại Silverberg tỷ lệ sống sót sau 5 năm như sau: độ 1 ($n = 42$) 88%, độ 2 ($n = 98$) 60%, độ 3 ($n = 52$) 38% ($p < 0,0001$) [8]. Điều đó cho thấy việc áp dụng hệ thống phân loại Silverberg có thể dễ dàng áp dụng cho tất cả các loại mô bệnh học của UTBM buồng trứng, mang lại thông tin tiên lượng phù hợp và có thể được đưa vào thực hành chẩn đoán thường quy. Nghiên cứu của Parra-Herran và CS (2019) khi so sánh hệ thống phân loại của FIGO và Silverberg áp dụng cho 72

trường hợp UTBM buồng trứng dạng nội mạc cho thấy hệ thống phân loại Silverberg là một công cụ dự đoán khả năng sống sót tốt hơn FIGO [7]. Kết quả theo Silverberg 32 trường hợp độ mô học 1 (44,4%), 29 trường hợp độ mô học 2 (40,3%), 11 trường hợp độ mô học 3 (15,3%), theo FIGO 33 trường hợp độ mô học 1 (45,8%), 24 trường hợp độ mô học 2 (33,3%), 15 trường hợp độ mô học 3 (20,8%). Nghiên cứu của Doyle (2007) trên 61 trường hợp UTBM buồng trứng bao gồm: thanh dịch 32 trường hợp (52,6%), chế tiết nhầy 2 trường hợp (3,2%), dạng nội mạc 13 trường hợp (21,3%), UTBM chuyển tiếp 1 trường hợp (1,6%) và UTBM hỗn hợp 13 trường hợp (21,3%). Các tác giả cho rằng có mối liên quan giữa giai đoạn bệnh của UTBM buồng trứng với độ mô học với $p < 0,05$ (giai đoạn I,II thường là u có độ mô học 1, giai đoạn III, IV thường u có độ mô học 2,3) [9].

Về phân loại giai đoạn UTBT, hơn 70 năm trước FIGO đã xây dựng khái niệm về phân loại giai đoạn đối với các bệnh ung thư phụ khoa, trước tiên là ung thư cổ tử cung sau đó mở rộng sang tất cả các ung thư phụ khoa khác. Kể từ đó, phân loại giai đoạn đã được sửa đổi thường xuyên để phù hợp và nó vẫn là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, ngoài ra còn có một số yếu tố khác, chẳng hạn như tình trạng đột biến gen hay các dấu ấn chỉ điểm sinh học trong huyết thanh. Năm 1987 FIGO đưa ra phân loại giai đoạn UTBT dựa trên những phát hiện khi thăm dò phẫu thuật. Việc thăm dò kỹ lưỡng bằng phẫu thuật là rất quan trọng vì việc điều trị tiếp theo sẽ được xác định theo giai đoạn bệnh. Sau nhiều lần sửa đổi, đến năm 2014 FIGO đã đưa ra một phân loại mới cập nhật về các giai đoạn của UTBT với nhiều thay đổi so với phân loại trước đây. Theo phân loại 2014, UTBT giai đoạn I chỉ giới hạn trong buồng trứng và/hoặc xuất hiện tế bào u trong dịch màng bụng hoặc dịch rửa ổ bụng do u bị vỡ hoặc các khối u ở bề mặt. UTBT giai đoạn II bao gồm một nhóm nhỏ và chiếm ít hơn 10% các trường hợp UTBT. Nó được định nghĩa là sự mở rộng hoặc di căn đến các cơ quan vùng chậu ngoài và có thể bao gồm các khối u có thể đã xâm lấn đến các tạng lân cận nhưng chưa di căn xa, có thể di căn đến phúc mạc vùng chậu và do đó phân chia thành IIB1 và IIB2. Tất cả các UTBT ở giai đoạn II đều được điều trị bằng hóa trị bổ trợ, do đó không cần thiết phải phân loại. Ngoài ra, giai đoạn IIC cũ tức là IIA hoặc IIB nhưng có khối u trên bề mặt hoặc khối u bị vỡ. Hầu hết UTBT thanh dịch độ cao thường xuất hiện ở giai đoạn III, với phần lớn (84%) giai đoạn IIIC [10]. Những khối u này lan dọc theo bề mặt phúc mạc liên quan đến cả phúc mạc vùng chậu và ổ bụng. Dưới 10% UTBM buồng trứng vượt ra ngoài khung chậu với sự tham gia của hạch bạch huyết sau phúc mạc. Phân loại giai đoạn mới bao gồm việc xem xét lại các bệnh nhân ở giai đoạn III và chuyển sang giai đoạn IIIA1 dựa trên sự lan đến các hạch bạch huyết sau phúc mạc mà không có sự lan tỏa trong phúc mạc. Giai đoạn IIIA1 được chia nhỏ hơn thành IIIA1 (i) (di căn ≤ 10 mm ở kích thước lớn nhất) và IIIA1 (ii) (di căn > 10 mm ở kích thước lớn nhất), ngay cả khi không có dữ

liệu hồi cứu hỗ trợ định lượng kích thước di căn ở IIIA1. Sự tham gia của các hạch bạch huyết sau phúc mạc phải được chứng minh về mặt tế bào học hoặc mô học. Giai đoạn IV được định nghĩa là di căn xa và bao gồm những bệnh nhân có di căn nhu mô gan, lách và di căn ngoài ổ bụng; khoảng 12-21% bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn IV (P, F. et al. 2006). Sự xâm lấn của khối u tới lá lách hoặc gan (giai đoạn IIIC) nên được phân biệt với di căn nhu mô (giai đoạn IVB). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 70 trường hợp u giới hạn ở buồng trứng (tương ứng giai đoạn I theo phân loại FIGO 2014), chiếm tỷ lệ cao nhất (73,7%). Có 11 trường hợp UTBT di căn đến phần phụ (vòi tử cung, bề mặt buồng trứng đối diện) hoặc thanh mạc tử cung tương ứng giai đoạn II, chiếm 11,6%. UTBT di căn mạc nối lớn, phúc mạc ngoài tiểu khung (thanh mạc ruột thừa) tương ứng ở giai đoạn III có 14 trường hợp, chiếm 14,7%. UTBT di căn xa ở giai đoạn IV không gặp trường hợp nào do tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi chỉ bao gồm các trường hợp UTBT có chỉ định phẫu thuật và loại trừ các trường hợp UTBT giai đoạn IV không có khả năng phẫu thuật. Về mối liên quan giữa các loại mô bệnh học với giai đoạn của UTBT thì hầu hết các trường hợp UTBT ở giai đoạn sớm (giai đoạn I) (73,7%). Giai đoạn muộn (giai đoạn II, III) gặp nhiều nhất ở loại thanh dịch độ cao (38,6%) và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,083$. So sánh với nghiên cứu khác của Pecorelli và CS. trên tổng số 4116 bệnh nhân UTBM buồng trứng, tỷ lệ các giai đoạn lâm sàng như sau: giai đoạn I chiếm 27%; giai đoạn II chiếm 10%; giai đoạn III chiếm 50% và giai đoạn IV chiếm 13%. Tỷ lệ sống thêm 5 năm tương ứng như sau: giai đoạn I 78-90%; giai đoạn II 68-79%; giai đoạn III 29-49% và giai đoạn IV 13% [11]. Khác với độ mô học hiện người ta không có giải pháp để thay đổi, nhưng với giai đoạn lâm sàng của UTBT là cái mà chúng ta có thể thay đổi nhằm giảm số bệnh nhân giai đoạn muộn, điều đó cũng có nghĩa là thời gian sống thêm của người bệnh sẽ được cải thiện, song hình như đây là nhiệm vụ rất khó thực hiện vì hầu hết các UTBT trên thế giới đều phát hiện được ở giai đoạn muộn [12]. Các kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không nằm ngoài quy luật này. Tuy nhiên, nếu xét đơn thuần về tỷ lệ giai đoạn lâm sàng trong nghiên cứu này thì rất khả quan với 73,7% các trường hợp ở giai đoạn I và giai đoạn III chỉ có 14,7% song đây là nghiên cứu trên các trường hợp UTBT được phẫu thuật thì đã loại bỏ tất cả các trường hợp giai đoạn muộn do không mổ được. Nghiên cứu của Aihua và CS trên một số lượng lớn bệnh nhân được lấy từ cơ sở dữ liệu của SEER về tỷ lệ sống sót của UTBM buồng trứng xâm lấn theo typ mô bệnh học và giai đoạn bệnh bao gồm: 77.658 bệnh nhân UTBM buồng trứng xâm lấn, phổ biến nhất là UTBM thanh dịch độ cao (60,2%), tiếp theo là UTBM chế tiết nhầy (13,7%), UTBM dạng nội mạc (9,6%), UTBM tế bào sáng (8,0%), ung thư biểu mô-liên kết (4,7%), UTBM thanh dịch độ thấp (3,5%) và u Brenner ác tính (0,3%). Các tác giả cho rằng bất kể ở giai đoạn nào, UTBM thanh dịch và UTBM dạng nội mạc đều có

thời gian sống sót tốt nhất. Trong các giai đoạn I, II, tỷ lệ sống sót kém nhất đối với ung thư biểu mô-liên kết và u Brenner ác tính; các loại thanh dịch độ cao, tế bào sáng và chế tiết nhầy có thời gian sống trung bình. Tuy nhiên ở giai đoạn muộn (III,IV), tiên lượng xấu nhất được quan sát thấy ở UTBM chế tiết nhầy và UTBM tế bào sáng [13]. Một nghiên cứu về giai đoạn liên quan sống thêm của 870 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng, Dong Hoon Suh và CS (2013) thấy tỷ lệ như sau: giai đoạn I có 254 trường hợp (29,2%), giai đoạn II có 56 trường hợp (6,4%), giai đoạn III có 483 trường hợp (55,5%) và giai đoạn IV có 77 bệnh nhân (8,9%). Phân bố thời gian sống thêm 5 năm theo các giai đoạn như sau: 93,5% (IA), 82,5% (IC), 75,0% (IIB), 74,5% (IIC), 57,5% (IIIA), 54,0% (IIIB), 38,5% (IIIC) và 33,0% (IV). Điều này cho thấy rõ ràng giai đoạn bệnh là yếu tố quan trọng liên quan thời gian sống thêm của người bệnh [14].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 95 trường hợp UTBMBT được chẩn đoán tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung ương, chúng tôi đã rút ra được một số kết quả và kết luận như sau:

- Xác định được 6 loại mô bệnh học theo tiêu chuẩn phân loại của TCYTTC năm 2014: UTBM thanh dịch độ cao chiếm cao nhất (46,3%), UTBM chế tiết nhầy (15,8%), UTBM tuyến dạng nội mạc (14,7%), UTBM thanh dịch độ thấp (11,6%), UTBM tế bào sáng (7,4%), thấp nhất là UTBM tuyến chế tiết nhầy-thanh dịch (4,2%).

- Hầu hết các trường hợp UTBM buồng trứng có độ mô học thấp (độ I và độ II) với 86,3%, độ mô học cao (độ III) với 13,7%. Không có mối liên quan giữa các loại mô bệnh học của UTBMBT với độ mô học.

- Hầu hết các trường hợp UTBMBT ở giai đoạn sớm (giai đoạn I) với 73,7%. Giai đoạn II chiếm 11,6%, giai đoạn III 14,7% và không gặp trường hợp nào giai đoạn IV. Không có mối liên quan giữa các loại mô bệnh học của UTBMBT với giai đoạn bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert J.K., et al. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. Springer; 2011.
2. Freddie B., Jacques F., Isabelle S. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018; 68(6): 394-424.
3. Robert J. K., Maria L. C. and Simon H. C. et al. WHO Classification of tumour of female reproductive organs, IARC, Lyon, 2014; 122-154.
4. Robert A.S., Carmen T. Diagnostic Pathology of Ovarian Tumors. Springer; 2011.
5. Mackenzie R., Talhouk A., Eshragh S. et al. Morphologic and Molecular Characteristics of Mixed Epithelial Ovarian Cancers. Am J Surg Pathol. 2015; 39(11): 1548-57.
6. Silverberg S.G. Histopathologic grading of ovarian carcinoma: a review and proposal. Int J Gynecol Pathol. 2000; 19(1): 7-15.

7. Carlos P. H., Dina B., Danielle V. et al. FIGO Versus Silverberg Grading Systems in Ovarian Endometrioid Carcinoma: A Comparative Prognostic Analysis. *Am J Surg Pathol.* 2019; 43(2): 161-167.
8. Doris M. D., Diebold, Joachim M. D. Grading of ovarian carcinomas. *Int J Gynecol Pathol.* 2000; 19(4): 348-353.
9. Doyle E. M., Foley M. , Kelehan P. et al. Histological grading of epithelial ovarian carcinomas. *J Obstet Gynaecol.* 2007; 27(1): 71-74.
10. Heintz A. P., Odicino F., Maisonneuve P. et al. Carcinoma of the ovary. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006; 95 (1): 161-192.
11. Pecorelli S., Favalli G., Zigliani L. et al. Cancer in women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003; 82(3): 369-379.
12. Paik E. S., Lee Y. Lee E. et al. Survival analysis of revised 2013 FIGO staging classification of epithelial ovarian cancer and comparison with previous FIGO staging classification. *Obstet Gynecol Sci.* 2015; 58(2): 124-134.
13. Aihua L., Gong Y. Clinicopathological parameters and survival of invasive epithelial ovarian cancer by histotype and disease stage. *Future Oncol.* 2019; 15(7): 2029-2039.
14. D. H. S., Tae H. K., Jae W. K. et al. Improvements to the FIGO staging for ovarian cancer: reconsideration of lymphatic spread and intraoperative tumor rupture. *J Gynecol Oncol.* 2013; 24(4): 352-358.