

Kết quả điều trị. Tất cả BN được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến. Có 26/66 trường hợp được vét hạch cổ với 18 trường hợp có di căn hạch ở kết quả mô bệnh học sau mổ. Trong nhóm ung thư tuyến mang tai và tuyến dưới hàm, có 16/51 trường hợp liệt mặt sau mổ chiếm 31,4%; sau 6 tháng theo dõi, 7 BN đã hồi phục. 7 BN gặp hội chứng Frey tương đương 13,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L. V. Quảng (2020).** Ung thư đầu cổ, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **C. H. Terhaard, H. Lubsen, C. R. Rasch** và cộng sự (2005). The role of radiotherapy in the treatment of malignant salivary gland tumors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 61(1), 103-111.
3. **W. M. Mendenhall, C. G. Morris, R. J. Amdur** và cộng sự (2005). Radiotherapy alone or combined with surgery for salivary gland carcinoma. *Cancer*,

- 103(12), 2544-2550.
4. **H. T. V. Thanh (2001).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ 1996-2001. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội,
5. **D. Lombardi, M. McGurk, V. Vander Poorten** và cộng sự (2017). Surgical treatment of salivary malignant tumors. *Oral Oncol*, 65, 102-113.
6. **E. R. Carlson và T. Schlieve (2019).** Salivary Gland Malignancies. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 31(1), 125-144.
7. **M. Stenner, C. Molls, J. C. Luers và cộng sự (2012).** Occurrence of lymph node metastasis in early-stage parotid gland cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 269(2), 643-648.
8. **Đ. X. Thành (2013).** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai. Luận án tiến sĩ,
9. **H. A. Linder T.E, Schmid S (1997).** Frey's syndrome after parotidectomy: a retrospective and prospective analysis. *Laaryngoscope*, (107), 135-164.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U ĐỆM DÂY SINH DỤC BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Lý Linh¹, Lê Thanh Đức², Nguyễn Mạnh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u đệm dây sinh dục buồng trứng tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại bệnh viện K, chẩn đoán sau mổ là u đệm dây sinh dục buồng trứng từ tháng 2016 đến 2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 51,6±15,7 tuổi, thể mô bệnh học gặp nhiều nhất là u tế bào hạt và nhóm u xơ-vỏ. Kích thước trung bình của u là 11,6cm (từ 3,5cm đến 25cm). Bệnh giai đoạn I chiếm đa số với 69,2%, giai đoạn II và III lần lượt là 19,2% và 11,5%. Trung bình thời gian theo dõi là 37,0 tháng (từ 8,6-69,6 tháng), sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không tái phát (DFS) 5 năm ở nhóm u tế bào hạt lần lượt là 83,3% và 67,7%. Giai đoạn tiến triển và bệnh còn sót lại sau phẫu thuật là yếu tố tiên lượng kém của nhóm bệnh nhân u tế bào hạt (p<0,05). **Kết luận:** U đệm dây sinh dục là loại u buồng trứng ít gặp với phân bố tuổi rộng rãi và nhiều dưới nhóm mô bệnh học. U tế bào hạt là thể mô bệnh học ác tính thường gặp nhất, với phần lớn u ở giai đoạn sớm và có tiên lượng tốt. Giai

đoạn ban đầu và bệnh còn sót lại là yếu tố tiên lượng quan trọng của thể mô bệnh học này.

Từ khóa: u đệm dây sinh dục buồng trứng

SUMMARY

ASSESSMENT CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOME OF OVARIAN SEX CORD-STROMAL TUMORS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: We aimed to assess the clinical features, treatment strategy and outcome of ovarian sex cord-stromal tumors (SCSTs). **Materials and Methods:** Medical records of 72 cases diagnosed SCSTs on from 2016 through 2020 in Vietnam National Cancer Hospital were reviewed retrospectively. **Results:** patients with mean age of 51.6±15.7 were reviewed. The most common subtypes were granulosa cell tumors (GCTs) and thecoma-fibroma groups. The mean diameter of the tumor was 11.6 cm (range: 3.5-25cm). The majority of ovarian GCTs were diagnosed at an early stage (69.2%) and 19.2% and 11.5% for stage II and III, respectively. For a median follow up of 37.0 months (range 8.6-69.6 months), the 5-year overall-survival (OS) and disease-free-survival (DFS) rates were 83.3% and 67.7% respectively. Advanced stage and residual tumor were poor prognostic factors in patient with ovarian GCTs (p<0.05). **Conclusion:** SCSTs are uncommon ovarian tumors with a wide age range and diverse histological types. The majority malignant subtypes are GCTs which are diagnosed at an early age and have favorable prognosis. Initial stage and residual disease are important prognostic factors of this type.

Keywords: ovarian sex cord-stromal tumors, ovarian granulosa cell tumors.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lý Linh

Email: lylinh150294@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2021

Ngày duyệt bài: 22.10.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là bệnh phổ biến trong các ung thư phụ khoa với gần 314,000 phụ nữ được chẩn đoán mỗi năm trên toàn thế giới và hơn 207,000 trường hợp tử vong vì bệnh[6]. U đê mê dây sinh dục (UĐDSD) buồng trứng là nhóm u hiếm gặp, chiếm khoảng 7% u buồng trứng nguyên phát. UĐDSD có nguồn gốc từ mô đê mê hoặc dây sinh dục nguyên phát, và bao gồm nhóm lành tính và ác tính. Một số loại u trong nhóm UĐDSD sản xuất các hormon steroid gồm estrogen và androgen, điều này dẫn đến xuất hiện các triệu chứng cường estrogen và nam hóa[1].

Về điều trị UĐDSD, cũng như ung thư biểu mô buồng trứng, phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo, với những bệnh nhân có nhu cầu bảo tồn sinh sản, phẫu thuật bảo tồn có thể đặt ra vì loại u này có xu hướng một bên và ít di căn. Hóa chất hỗ trợ hiện còn đang nhiều tranh cãi, phần lớn có thể dùng cho những bệnh nhân có tiên lượng xấu hơn như bệnh giai đoạn cao, u vỡ vỏ, kích thước u trên 10-15cm, thể mô bệnh học không thuận lợi[1].

Chúng tôi xin trình bày một nghiên cứu mô tả hồi cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh tại bệnh viện K, bệnh viện tuyến đầu về chăm sóc bệnh nhân ung thư tại miền Bắc Việt Nam.

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 UĐDSD trong giai đoạn 2016-2020.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Triệu chứng	N	Tỉ lệ (%)	UTBH N(%)	U xơ-vỏ N (%)
Triệu chứng lâm sàng	Triệu chứng toàn thân	20	28,2	12	8
	Sờ thấy khối u	18	25,4	9	9
	Đau bụng hạ vị	52	73,2	19	32
	Rối loạn kinh nguyệt	18	25,4	13	5
Kích thước u	≤ 5 cm	1	1,4	0	1
	> 5 cm	70	98,6	28	43
Vị trí u	Bên phải	33	46,5	13	20
	Bên trái	31	43,7	11	20
	Hai bên	7	9,8	4	3
Cấu trúc u	U đặc	22	30,9	1	21
	U hỗn hợp	38	55,1	22	16
	U nang	9	13	3	6
Tính chất âm vang	Giảm âm	37	56,1	10	27
	Tăng âm	1	1,5	0	1
	Hỗn hợp âm	28	42,4	17	11
Dịch ổ bụng	Có dịch	24	33,8	10(35,7%)	14(32,6%)

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu, có theo dõi dọc.

2.3. Phương pháp tiến hành: Thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị được hồi cứu từ hồ sơ bệnh án. Giai đoạn bệnh được đánh giá lại theo phân loại FIGO 2013 cũng như AJCC bản 8. Mô bệnh học được xếp theo phân loại của tổ chức Y Tế Thế Giới 2014. Sống thêm được khai thác khi liên lạc với bệnh nhân (BN) qua điện thoại. OS và DFS được tính từ thời điểm bắt đầu điều trị. Các trường hợp không có thông tin bệnh án, hoặc mắc các bệnh lý cấp, mãn tính có nguy cơ tử vong gần, hoặc có bệnh ung thư khác kèm theo sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Tất cả các trường hợp còn lại đều được đưa vào đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh. Kết quả điều trị được đánh giá trên những bệnh nhân hoàn thành điều trị và có thông tin cuối cùng qua gọi điện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Nghiên cứu (NC) của chúng tôi thu thập được 71 bệnh nhân UĐDSD. Tuổi trung bình là 51,6 ± 15,7 (15-81 tuổi). Phân bố tuổi khá rộng rãi với nhóm dưới 40 tuổi chiếm 27,8%, nhiều nhất là nhóm 40-60 tuổi với 45,8%, trong đó nhóm mãn kinh chiếm 62,5%. Tuổi trung bình theo các thể mô bệnh học u tế bào hạt (UTBH) người lớn, u tế bào hạt thiếu niên, u nhóm xơ vỏ lần lượt là 51,5; 18 và 52 tuổi. NC của chúng tôi gặp không nhiều thể mô bệnh học, nhiều nhất là nhóm u xơ-vỏ (61,1%), tiếp theo là nhóm u tế bào hạt (38,9%).

Nhận xét: - Đau bụng hạ vị là triệu chứng gặp nhiều nhất, rối loạn kinh nguyệt chiếm 25,4%. Kích thước u trên 5cm chiếm 98,6%, phần lớn 1 bên, phân bố u đều ở bên phải và trái.

- UTBH được mô tả trên siêu âm phần lớn là khối hỗn hợp phần đặc và thanh dịch với tính chất hỗn hợp hoặc giảm âm. Ngược lại, nhóm u xơ vỏ đa phần là khối đặc, giảm âm trên. Tuy nhiên, không ít trường hợp u xơ vỏ biểu hiện là khối hỗn hợp phần đặc và thanh dịch với tính chất giảm âm hoặc hỗn hợp âm. Dịch ổ bụng gặp khá nhiều trong nhóm u xơ vỏ với tỷ lệ 32,6%.

Bảng 2. Giai đoạn bệnh

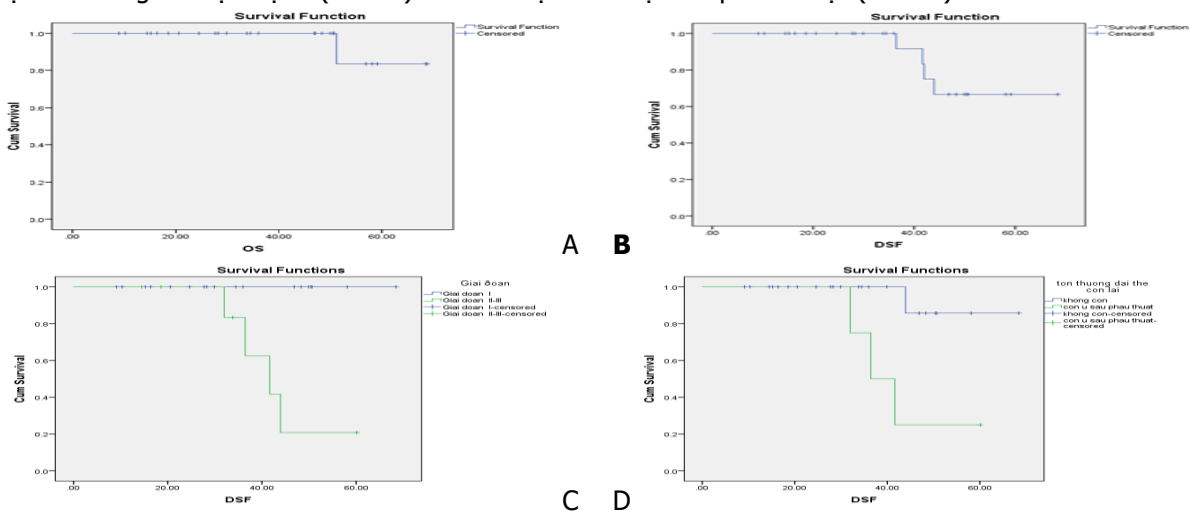
Giai đoạn bệnh	UTBH người lớn	UTBH thiếu niên
I	18 (69,2%)	1 (50%)
II	5 (19,2)	0
III	3 (11,5)	1 (50%)

Nhận xét: Với thể UTBH người lớn, giai đoạn I chiếm 69,2%, tỷ lệ giai đoạn II và III là 19,2% và 11,5%, không có BN giai đoạn IV trong nghiên cứu này.

Bảng 4. Phương pháp điều trị

Yếu tố	UTBH	UXV
Chiến lược điều trị (n=71)	Cổ phẫu thuật	43(100)
	HCBT	0
	Theo dõi sau PT	43(100)
Phương pháp PT	PT bảo tồn	19(44,2)
	PT không bảo tồn	24(55,8)
Bệnh còn sót sau PT	Không còn	23(82,1)
	Còn	5(17,9)
Phác đồ HCBT	BEP	11 (42,3)
	BEP-EP	3 (11,5)
	EP	1(5,5)
	Paclitacel-Carboplati	2(11,1)

Hình 1. Sống thêm toàn bộ-OS (hình A) và sống thêm không tái phát-DFS (hình B), so sánh tỷ lệ DFS theo giai đoạn bệnh (hình C) và theo bệnh còn lại sau phẫu thuật (hình D).



Nhận xét: Phẫu thuật là điều trị đầu tiên cho tất cả bệnh nhân. Nhóm u tế bào hạt có 2 bệnh nhân trải qua phẫu thuật bảo tồn. Phác đồ hóa chất hỗ trợ thường dùng nhất là BEP.

Bảng 3: Kết quả điều trị UTBH người lớn

	UTBH người lớn
Thời gian theo dõi trung bình	37,0 ± 17,6 tháng (8,6 – 69,6 tháng)
Biến cố	1 Bn tử vong, 4 BN tái phát
Thời gian tái phát trung bình	38,5 ± 5,4 tháng (32-44 tháng)
OS trung bình	37,1±18,1 tháng (9,13 - 68,57 tháng)
OS 5 năm	83,3%
DFS trung bình	34,8 ± 16,2 tháng (9,13 - 68,43 tháng)
DFS 5 năm	66,7%

Nhận xét: Sau thời gian theo dõi trung bình 37 tháng, với thể u tế bào hạt người lớn, chỉ có 1 bệnh nhân tử vong và 4 bệnh nhân tái phát. OS và DFS 5 năm lần lượt là 83,3% và 66,7%

Bảng 2. Đánh mối tương quan giữa DFS và một số yếu tố trong UTBH người lớn

Yếu tố tiên lượng	DFS 5 năm	Giá trị P	
Tuổi	< 40 tuổi	75%	P=0,967
	≥40 tuổi	71%	
Kích thước u	U <10cm	100%	P=0,262
	U ≥10cm	63,5%	
Giai đoạn bệnh	I	100%	P=0,03
	II-III	75%	
Bệnh còn sót sau PT	Không còn	85,7%	P=0,01
	Còn	25,0%	

Nhận xét: Giai đoạn ban đầu và bệnh còn sót sau phẫu thuật có giá trị tiên lượng với sống còn của bệnh nhân UTBH buồng trứng (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tổ Chức Y tế Thế Giới phân loại UĐSD 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[6]. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp nhóm tế bào hạt (gồm UTBH tít người lớn và tít thiếu niên), và nhóm xơ-vỏ (gồm u xơ, u tế bào vỏ, u xơ vỏ). Bệnh thường gặp ở độ tuổi mãn kinh, phân bố tuổi khá rộng rãi với một tỷ lệ cao bệnh nhân dưới 40 tuổi[1]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với độ tuổi trung bình là 51,6 tuổi và tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm 27,8%, đa phần ở độ tuổi mãn kinh.

Phần lớn bệnh nhân UĐSD trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng cơ năng trước vào viện (90,3%), đau bụng hạ vị là triệu chứng thường gặp nhất. Rối loạn kinh nguyệt chiếm 1/4 số ca, đây là biểu hiện của cường estrogen, thường gặp ở một số thể mô bệnh học như u tế bào hạt, u tế bào vỏ. Siêu âm là công cụ đầu tay trong chẩn đoán khối u buồng trứng với độ nhạy cao và giá thành rẻ. Bệnh nhân UĐSD trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần ở 1 bên, với phân bố u bên trái và phải là tương đương nhau. Kích thước trung bình của nhóm u tế bào hạt và nhóm xơ-vỏ là 11,4cm và 11,8cm, u lớn nhất có thể gặp lên đến 25cm. UTBH được ghi nhận trên siêu âm hầu hết là khối hỗn hợp gồm phần đặc và thanh dịch, với tính chất giảm âm hoặc hỗn hợp âm. Trong khi đó nhóm xơ-vỏ đa phần là khối đặc, giảm âm. Tuy nhiên, vẫn có thể gặp những trường hợp UTBH dạng nang, hoặc đặc và nhóm xơ-vỏ dạng hỗn hợp đặc và thanh dịch. Phân tích đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh của 97 bệnh nhân nhóm xơ-vỏ, Cho và CS chỉ ra tỉ lệ u có thành phần đặc chiếm 27,8%, và dịch ổ bụng là 11,3%[2]. Nguyên nhân gây ra tràn dịch ở nhóm u này vẫn chưa được biết rõ. Tràn dịch có thể liên quan đến các chất như yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu làm tăng tính thấm mao mạch gây ra hoạt động tiết dịch của khối u, hoặc phản ứng cơ học của bề mặt phúc mạc với khối u đặc[2].

Các bệnh nhân giai đoạn I trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 69,2%, trong đó có 18/26 bệnh nhân giai đoạn I. Tiếp theo là giai đoạn II và giai đoạn III với tỷ lệ lần lượt là 19,2% và 11,5%, không có bệnh nhân nào giai đoạn IV.

Chiến lược điều trị. Phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo trong điều trị UĐSD, và là phương pháp điều trị triệt căn ở nhóm u xơ-vỏ, hoặc bệnh nhân u tế bào hạt giai đoạn sớm. Vấn đề hóa chất bổ trợ hay phác đồ tối ưu hiện nay vẫn

còn nhiều tranh cãi. Tuy vậy, khuyến cáo nên điều trị bổ trợ với các trường hợp giai đoạn IC-IV, mô bệnh học biệt hóa kém, hoặc kích thước u trên 10-15cm[6][8][9].

Phẫu thuật được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, và là phương pháp điều trị đầu tiên. Phẫu thuật bảo tồn chỉ được tiến hành ở 2 trong 28 bệnh nhân tế bào hạt. UĐSD có một tỷ lệ cao được chẩn đoán ở độ tuổi sinh sản, vài vấn đề phẫu thuật bảo tồn rất được quan tâm. Phẫu thuật này được chấp nhận cho bệnh giai đoạn IA và IB ở hầu hết các tít, tuy nhiên với giai đoạn IC hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi[1]. Tuy nhiên, dựa trên các dữ liệu đã công bố, phẫu thuật bảo tồn là thích hợp với các trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi ở giai đoạn sớm (giai đoạn I) và có nguyện vọng bảo tồn sinh sản[1][6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hóa chất bổ trợ được đưa ra ở 18 bệnh nhân: 9 bệnh nhân giai đoạn II-III, 9 bệnh nhân giai đoạn IC. Phác đồ hóa chất được lựa chọn nhiều nhất là BEP, ngoài ra có thể dùng phác đồ EP hoặc Paclitaxel-Carboplatin. Đây là những đối tượng có tiền sử bệnh phổi mạn tính, hoặc tuổi cao, hoặc không có điều kiện sử dụng Bleomycin. Mặc dù không có hướng dẫn cụ thể nào, cho đến nay phác đồ BEP vẫn là phác đồ hiệu quả nên được lựa chọn đầu tiên trong điều trị bổ trợ UĐSD ác tính, với độc tính có thể dung nạp được[1][6][9]. Tổ chức ung thư phụ khoa đang tiến hành thử nghiệm pha 2 (GOG 264) so sánh phác đồ Paclitaxel-Carboplatin, thử nghiệm hiện nay vẫn chưa đưa ra kết luận cuối cùng.

Kết quả và các yếu tố tiên lượng. Sau thời gian theo dõi trung bình là 37,0 tháng (8,6-69,6 tháng), chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp tử vong và 5 tái phát, tất cả đều thuộc nhóm u tế bào hạt. Đánh giá kết quả điều trị 26 bệnh nhân u tế bào hạt người lớn, chúng tôi nhận thấy OS và DFS 5 năm lần lượt là 83,3% và 66,7%. Thời gian tái phát trung bình là $38,5 \pm 5,4$ tháng, với thời gian tái phát ngắn nhất là sau 32 tháng, và lâu nhất là 44 tháng. U tế bào hạt người lớn là thể mô bệnh học ác tính thường gặp nhất của nhóm UĐSD với bệnh có xu hướng ở giai đoạn sớm, tái phát muộn và tiên lượng tốt. Các dữ liệu đã công bố cho thấy thời gian tái phát trung bình là 6 năm[1].

Sau khi thống kê trong nghiên cứu, chúng tôi tìm ra OS và DFS 5 năm theo giai đoạn bệnh I và II-III tương ứng là 100% và 75%; 100% và 20,8%. Phân tích ảnh hưởng của giai đoạn bệnh lên sống thêm không bệnh, chúng tôi nhận thấy

bệnh giai đoạn I có DFS cao hơn có ý nghĩa so với giai đoạn II-III ($p < 0,01$). Tỷ lệ tái phát ở giai đoạn I, II, III tương ứng là 0%, 40%, và 50%. Kết quả thống kê bệnh nhân u tế bào hạt của Mangili và CS cho thấy: 43% bệnh nhân giai đoạn tiến triển tái phát trong 5 năm, ngược lại, 20% bệnh nhân giai đoạn I tái phát sau 20 năm từ thời điểm chẩn đoán[7]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của theo dõi lâu dài trong nhóm bệnh nhân này. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp bệnh nhân giai đoạn I nào tử vong hay tái phát, có thể lý giải là do chỉ có 2 trong số 28 bệnh nhân u tế bào hạt trong NC của chúng tôi được theo dõi quá 5 năm.

Tất cả các trường hợp u lan tràn (giai đoạn II-III) trong nghiên cứu đều được phẫu thuật lấy u tối đa. Tuy nhiên, có 4 trong 26 bệnh nhân u tế bào hạt người lớn được ghi nhận lại là còn u trên đại thể sau phẫu thuật, với kích thước dưới 0,5cm. Có 3 trong 4 bệnh nhân này tái phát trong quá trình theo dõi. Phân tích mối liên quan giữa bệnh còn sót lại sau mổ và DFS, chúng tôi tìm thấy bệnh còn sót lại sau mổ ảnh hưởng một cách có ý nghĩa đến sống còn không tái phát ($p < 0,05$). Chan và CS cũng chứng minh được rằng không còn bệnh sau mổ có tiên lượng một cách độc lập với cải thiện sống còn (HR, 0,162; 95% CI, 0,043-0,610)[3]. Mặc dù, phẫu thuật công phá u tối đa với phần u còn lại dưới 1cm được xem là tiêu chuẩn, các phẫu thuật viên nên lấy tối đa u có thể, mục đích là không còn u trên đại thể.

Đánh giá mối tương quan giữa 2 nhóm tuổi < 40 và ≥ 40 tuổi đến DFS của những bệnh nhân u tế bào hạt người lớn, chúng tôi nhận thấy tuổi dưới 40 có DFS 5 năm cao hơn nhóm tuổi ≥ 40 , tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên chỉ một bệnh nhân dưới 40 tuổi có tái phát và không bệnh nhân nào dưới 37 tuổi tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi. Phân tích 83 bệnh nhân, Chan và CS cho thấy tuổi dưới 50, từ 50 đến 59, trên 60 có thời gian sống trung bình là 23; 12,3; 6,2 năm[3]. Ảnh hưởng của tuổi lên sống còn có thể là do tuổi trẻ hơn liên quan đến thể trạng tốt hơn và xu hướng được điều trị tích cực hơn bởi các nhà lâm sàng[3]. Khi phân tích mối liên hệ của kích thước u với DFS, chúng tôi nhận thấy u có kích thước ≥ 10 cm có DFS 5 năm thấp hơn đáng kể so với nhóm u < 10 cm, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê (100% và 63,5%, $p > 0,05$). Hơn nữa, các bệnh nhân tái phát đều có kích thước u trên 10cm. Chan và CS đã chỉ ra u ≥ 10 cm góp phần trong giảm sống còn khi phân tích cả đơn biến và đa biến[3]. Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân ít và thời gian theo dõi ngắn,

nghiên cứu của chúng tôi khó có thể đánh giá đầy đủ các mối quan hệ này.

V. KẾT LUẬN

U đệm dây sinh dục buồng trứng có nguồn gốc từ mô đệm hoặc dây sinh dục nguyên phát, bao gồm cả nhóm u lành tính và ác tính. Nhóm u tế bào hạt là thể mô bệnh học ác tính thường gặp nhất, với phần lớn u ở giai đoạn sớm và có tiên lượng tốt. Giai đoạn ban đầu và bệnh còn sót lại là yếu tố tiên lượng quan trọng của thể mô bệnh học 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. Trước hết, 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. Cuối cùng, thời gian quan sát ngắn là một hạn chế lớn khi theo dõi nhóm bệnh nhân có tiến triển kéo dài và tái phát thường xảy ra muộn như thể u tế bào hạt buồng trứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi, Dennis S; Berchuck, Andrew; Dizon, Don S; Yashar, Catheryn M.** Principle and practice of gynecologic oncology. Seventh ed; Wolters Kluwer; 2017; 1438-1486.
2. **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.
3. **Chan JK, Zhang M, Kaleb C, và CS.** Prognostic factors responsible for survival in sex cord stromal tumors of the ovary—A multivariate analysis. *Gynecol Oncol.* 2005 Jan;96(1):204-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.09.019.
4. **Homesley HD, Bundy BN, Hurteau JA, và CS.** Bleomycin, etoposide, and cisplatin combination therapy of ovarian granulosa cell tumors and other stromal malignancies: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 1999;72(2):131-137.
5. **Mangili G, Sigismondi C, Frigerio L, và CS.** Recurrent granulosa cell tumors (GCTs) of the ovary: a MITO-9 retrospective study. *Gynecol Oncol* 2013;130:38-42.
6. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Ovarian Cancer Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer, Version 1.2020.**
7. **Schultz KAP, Harris AK, Schneider DT, và CS.** Ovarian sex cord-stromal tumors. *J Oncol Pract.* 2016;12:940-6.
8. **Stenwig JT, Hazekamp JT, Beecham JB.** Granulosa cell tumors of the ovary. A clinicopathological study of 118 cases with long-term followup. *Gynecol Oncol.* 1979;7(2):136-52.
9. **Van Meurs HS, Buist MR, Westermann AM, và CS.** Effectiveness of chemotherapy in measurable granulosa cell tumors. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24(3):496-505.