

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ DI CĂN HẠCH VÙNG TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG

■ ThS. Bs. Nguyễn Tuấn Anh, ThS. Nguyễn Hoàng Phi<sup>(1)</sup>  
TS. Vi Thuật Thắng<sup>(2)</sup>

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là nguyên nhân lớn gây tử vong ở các nước Bắc Mỹ, Châu Âu, sau ung thư tiền liệt tuyến, ung thư vú và ung thư phổi. Năm 1996, có khoảng 134 ngàn trường hợp mới mắc ở Hoa Kỳ và 55 ngàn người tử vong đứng hàng thứ hai sau ung thư phổi. Với sự tiến bộ nhanh chóng của sinh học phân tử đã cho những nhìn nhận về cơ chế bệnh sinh của UTTT, từ đó đặt ra vấn đề có thể phát hiện bệnh ở giai đoạn tiền ung thư và ung thư ở giai đoạn sớm để điều trị làm tăng tuổi thọ cho bệnh nhân.

UTTT là một bệnh lý hay gặp ở Việt Nam, đứng hàng thứ hai sau ung thư dạ dày trong ung thư đường tiêu hóa. Ở nam giới, bệnh đứng hàng thứ 5 sau ung thư phổi, dạ dày, gan, vòm họng. UTTT tiến triển chậm và di căn muộn hơn so với các loại ung thư khác. Nếu phát hiện và mổ sớm khi ung thư chưa đến lớp thanh mạc thì tỷ lệ sống trên 5 năm tới 80-90%. Ngày nay, qua những nghiên cứu và hiểu biết về phân tử, tế bào, mô bệnh học (MBH), nhuộm hóa mô miễn dịch

(HMMD) và mối liên hệ với các yếu tố giải phẫu bệnh (GPB) của khối u và hạch đóng vai trò quan trọng trong điều trị và xác định khá đầy đủ, chính xác các type UTTT.

Chính vì vậy đề tài “*Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh và di căn hạch vùng trong ung thư biểu mô trực tràng*” được tiến hành với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh và tình trạng di căn hạch vùng trong bệnh ung thư biểu mô trực tràng dựa trên xét nghiệm mô bệnh học, hóa mô miễn dịch; và tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch vùng với các đặc điểm GPB của UTTT.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán GPB là UTTT tại Khoa Giải phẫu bệnh Viện Quân y 103, từ 8/2018-1/2020.

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn cắt trực tràng kèm khối ung thư.

- Bệnh nhân UTTT được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh trên bệnh phẩm sau mổ.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- UTTT đã di căn xa hoặc xâm lấn rộng, không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn.

<sup>(1)</sup> Trường Đại Học Y khoa Vinh; <sup>(2)</sup> Khoa Giải phẫu bệnh Viện Quân y 103

## HOẠT ĐỘNG KH-CN

- Bệnh nhân được phẫu thuật nhưng các đánh giá sau mổ cho thấy không đủ tiêu chuẩn của phẫu thuật triệt căn.

- Bệnh nhân không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.1. Chỉ tiêu lâm sàng

Tuổi, giới, vị trí u, kích thước u...

#### 2.2. Nghiên cứu về giải phẫu bệnh

Vị trí u, kích thước u, phân loại đại thể (WHO 2000), phân loại vi thể: type, độ ác tính, độ xâm lấn và giai đoạn (WHO, 2000).

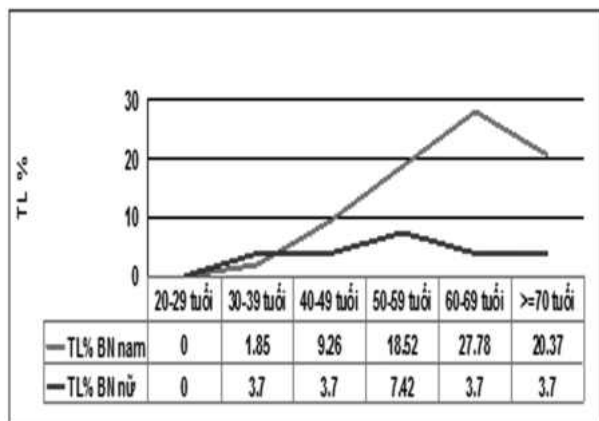
#### 2.3. Xử lý số liệu

- Sử dụng các phần mềm thống kê Y học SPSS 16.0.

- Tính các tần suất, tỷ lệ %, số trung bình, kiểm định  $\chi^2$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm về BN



Tuổi trẻ nhất: 32, già nhất: 80; tuổi trung bình:  $59,8 \pm 10,9$ . Nhóm BN tuổi trên 50 gấp 4,4 lần nhóm tuổi dưới 50 ở cả 2 giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,0001$ . Tỷ lệ BN nam/nữ = 3,5. Giang Ngọc Hùng (2008):  $52,3 \pm 12,5$ ; Phan Văn Hiếu (2006):  $58 \pm 14$ .

### 2. Hình thái đại thể của UT TT

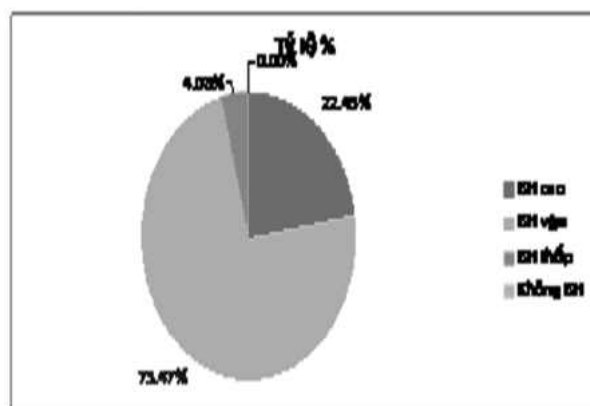
Hình thái đại thể	N	Tỷ lệ %
Dạng loét	16	29,63
Dạng sùi	33	61,11
Dạng thâm nhiễm	3	5,56
Dạng loét - thâm nhiễm	1	1,85
Dạng nhẵn	1	1,85
Tổng số	54	100

### 3. Type MBH của UT TT

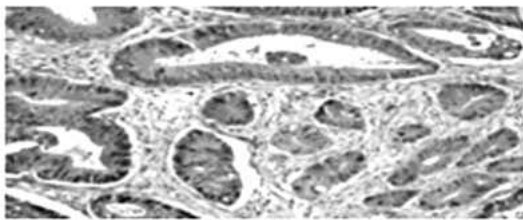
Type MBH	N	Tỷ lệ %
UTBM tuyến	49	90,74
UTBM tuyến nhầy	3	5,56
UTBM tế bào nhẵn	2	3,70
UTBM tế bào vảy	0	0
UTBM tuyến vảy	0	0
UTBM tủy	0	0
UTBM không biệt hóa	0	0
Tổng số	54	100

Trần Văn Hợp và CS (2002): 85,7% UTBMT; 7,4% UTBMT nhầy; UTBM tế bào nhẵn và UTBM không biệt hóa là 2,9% và 0,7%. Hoàng Kim Ngân (2006): UTBMT (97,01%), UTBMT nhầy 13,43%, không gặp trường hợp các type khác. Cooper H. S. (1999), đa số UTBMT, khoảng 10% UTBMT nhầy và UTBM tế bào nhẵn, khoảng 1% UTBM không biệt hóa.

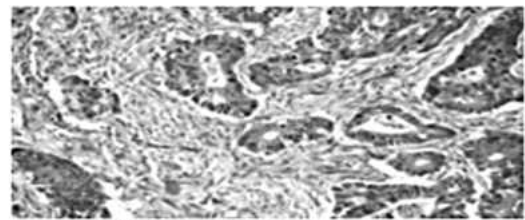
### 4. Độ biệt hóa của mô u trong UT TT



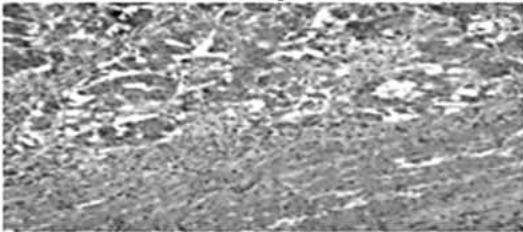
UTBMTT có độ ác tính thấp: 95,92%. Hoàng Kim Ngân (2006): 80,6% UT TT có độ ác tính thấp; Giang Ngọc Hùng (2008): UTBMT biệt hóa vừa (51,1%), loại biệt hóa cao và thấp ít gặp hơn (27,1% và 20,2%).



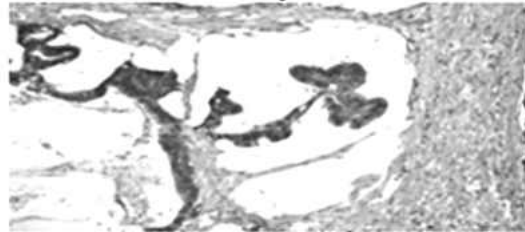
**UTBMT biệt hóa cao**



**UTBMT biệt hóa vừa**



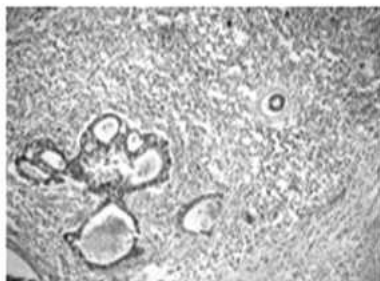
**UTBMT kém biệt hóa**



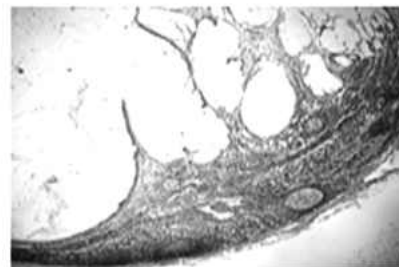
**UTBMT nhậy**

**5. Tình trạng di căn hạch**

Tình trạng di căn hạch	Theo số BN		Theo số hạch	
	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
Không di căn	30	55,56	137	69,20
Có di căn	24	44,44	61	30,81
Tổng số	54	100	198	100



**Di căn UTBMT vào hạch**



**Di căn UTBMT nhậy vào hạch**

**6. Tình trạng vi di căn hạch**

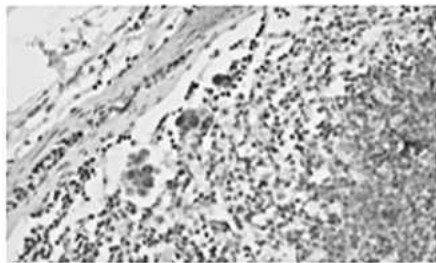
Tiêu chuẩn vi di căn ung thư biểu mô ở hạch lympho: Những tế bào đơn độc hoặc những nhóm nhỏ tế bào biểu mô với hình thái ác tính

mà không phát hiện được trên tiêu bản nhuộm H-E. Được tìm thấy trong mô hạch. Có phản ứng HMMD dương tính với dấu ấn Cytokeratin (CK).

Vi di căn	Nhuộm HE		Nhuộm HMMD với CK			
	Số BN	Số hạch	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số hạch	Tỷ lệ (%)
Âm tính	30	137	15	78,95	60	92,31
Dương tính	0	0	4	21,05	5	7,69
Tổng	30	137	19	100	65	100

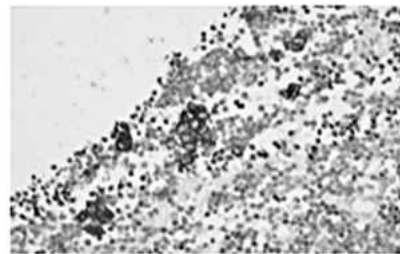
## HOẠT ĐỘNG KH-CN

Palma R.T (2003): nghiên cứu 38 BN, 383 hạch âm tính (H-E), nhuộm HMMD với AE1/AE3 có 7 hạch (1,82%), trong 6 BN



Hình ảnh vi di căn hạch của UTBMT

(15,78%) có vi di căn. Mark D. (2007), tỷ lệ vi di căn sau nhuộm CK AE1/AE3 là 17,3% hạch trong 16% BN.



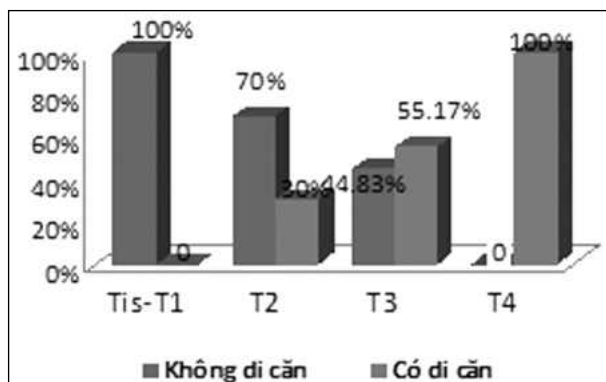
Hình ảnh vi di căn hạch của UTBMT trên tiêu bản nhuộm CK

### 7. Liên quan giữa tình trạng di căn hạch với kích thước của hạch

Nhóm hạch/ Kích thước hạch	Tổng hạch vét được	Số hạch có di căn		Số hạch không di căn	
	N	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
< 0,5cm	142	32	50,81	111	81,02
0.5-1cm	38	20	32,79	18	13,14
>1cm	18	10	16,4	8	5,84
Tổng	198	61	100	137	100

Tỷ lệ có di căn tăng theo kích thước của hạch. Tuy nhiên, có 31/61 (50,81 %) hạch di căn < 0,5cm ; 83,60% hạch di căn ≤ 1cm. Herrera - Ornelas L: (52 BN) 65% hạch di căn có kích thước < 0,5cm; 21,7% hạch 0,5-1cm, 13,3% hạch > 1cm. Andreola S (101 BN, 278 hạch di căn): 45,3% hạch di căn < 0,5cm.

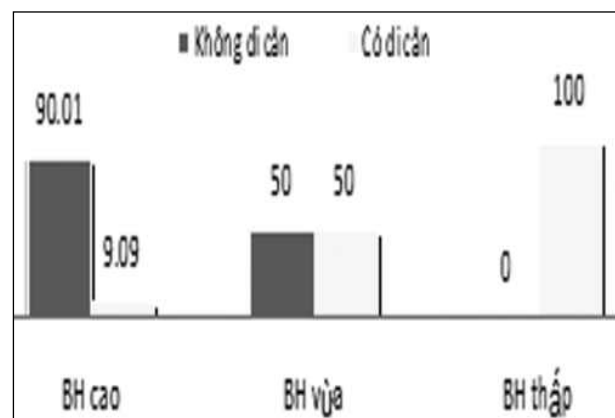
### 8. Liên quan giữa mức độ xâm lấn thành ruột của khối u với tình trạng di căn hạch



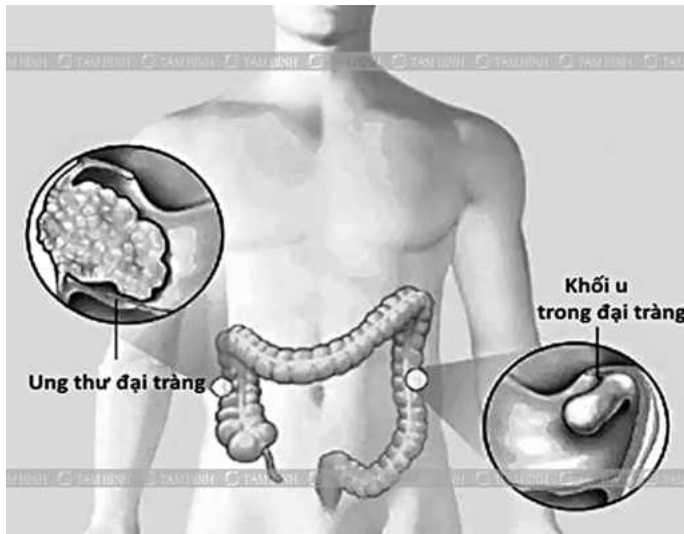
Giang Ngọc Hùng (2008) u (Tis và T1) hầu như chưa thấy di căn; u xâm lấn mức T2, di căn hạch 40,9%; u xâm lấn mức T3 di căn hạch

61,2% và u xâm lấn mức T4 : 100% di căn hạch. Rasheed S: có 12,7% trường hợp u xâm lấn ở T1 đã có di căn hạch vùng, u xâm lấn ở T2 tỷ lệ này là 19%.

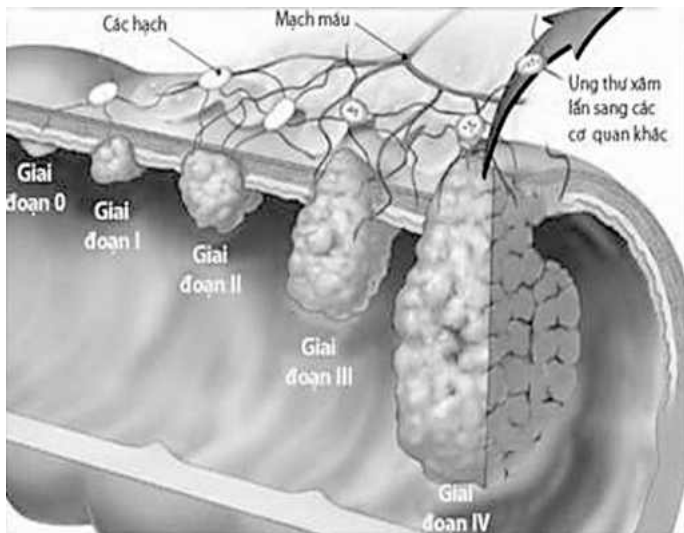
### 9. Liên quan giữa mức độ biệt hóa của mô u với tình trạng di căn hạch



- 100% trường hợp UTTT biệt hóa thấp có di căn hạch. UTTT biệt hóa vừa có tỷ lệ di căn hạch 50%. Tỷ lệ di căn hạch thấp nhất là UTTT biệt hóa cao (9,09%).



**UTTT là bệnh lý hay gặp ở Việt Nam**



**Các giai đoạn UTTT**

**Tài liệu tham khảo:**

1. Boyle P, Levin B(eds) (2008), *World Cancer Report*, IARC: Lyon,France.
2. Leslie A, Carey FA, Pratt NR, Steele RJC, *The colorectal adenoma sequence*, Br J Surg. 2002; 89:845-60.
3. Fred T. Bosman, Fatima Carneiro, Raiph H. Hruban et al (2010), *Who Classification of Tumors of the Digestive System*, IARC: lyon, France.
4. Bosman, Fred,et al, (2010), *WHO Classification of Tumors of the Digestive System*, 4th ed, IARC, Lyon.
5. Võ Hồng Minh Công, Trịnh Tuấn Dũng, Vũ Văn Khiên (2014), *Mô bệnh học và hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán ung thư trực tràng*, Y dược lâm sàng 108, 9,174-180.
6. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Hợp, Hoàng Kim Ngân (2006), *Bài giảng ung thư học*, Nhà xuất bản Y học, trang 28-34.
7. Lê Đình Roanh (2001), *Bệnh học các khối u*, trang 87-97.

- Sự khác nhau về tình trạng di căn hạch giữa nhóm biệt hóa vừa và nhóm biệt hóa cao là có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,044$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong các BN nghiên cứu, BN tuổi trẻ nhất: 32, già nhất: 80; tuổi trung bình:  $59,8 \pm 10,9$ . BN thường ở lứa tuổi trung niên trở lên. Tỷ lệ BN nam/nữ = 3,5.90,74% ung thư biểu mô tuyến, với 95,92% độ ác tính thấp. 44,44% BN có di căn hạch. Sau nhuộm hóa mô miễn dịch với CK đã phát hiện thêm 21,05% BN và 7,69% số hạch có vi di căn hạch. Tỷ lệ di căn hạch tăng theo kích thước của hạch. Tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo mức độ mất biệt hóa của mô u và mức độ xâm lấn thành ruột của khối u.

**V. KẾT LUẬN**

Nên vét cả những hạch nhỏ vì: tỷ lệ di căn ung thư cao, số lượng lớn. Vì thế, nên xét nghiệm mô bệnh học (MBH) và nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD) phát hiện vi di căn hạch, đặc biệt là trường hợp nghi ngờ hoặc khó xác định trên tiêu bản nhuộm thường quy./.