

PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Luân^{1*}, Lê Phong Thu¹, Lê Quang Vinh²
Nguyễn Thị Quỳnh Trang¹, Nguyễn Thị Tuyền³

¹Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên,

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương,

³Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học của Ung thư biểu mô cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2014. Phương pháp mô tả cắt ngang trên 200 trường hợp ung thư biểu mô cổ tử cung xâm nhập được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018. Kết quả cho thấy hầu hết các trường hợp ung thư biểu mô cổ tử cung xâm nhập gặp ở nhóm 40-49 tuổi (32,5%). Ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm đa số 60,5%, ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư biểu mô không biệt hóa và ung thư biểu mô thần kinh nội tiết tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt là 29,5%; 8%; 1% và 1%. Kết luận: Nhóm tuổi hay gặp ung thư biểu mô cổ tử cung xâm nhập nhất là 40-49 tuổi. Ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó thường gặp nhất là ung thư biểu mô tế bào vảy không sừng hóa.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến; ung thư biểu mô vảy; cổ tử cung; ung thư biểu mô; mô bệnh học.

Ngày nhận bài: 15/10/2019; Ngày hoàn thiện: 11/01/2020; Ngày đăng: 14/01/2020

THE HISTOPATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF CERVICAL CARCINOMA AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Hoang Thi Luan^{1*}, Le Phong Thu¹, Le Quang Vinh²
Nguyen Thi Quynh Trang¹, Nguyen Thi Tuyen³

¹TNU - University of Medicine and Pharmacy,

²National hospital of Obstetrics and Gynecology,

³Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

ABSTRACT

Study to determining the rate of cervical carcinoma's histopathological types at the National hospital of Obstetrics and Gynecology according to the classification of the World Health Organization in 2014. The cross-sectional method was performed with 200 patients of cervical invasive carcinomas histopathologically diagnosed at National hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2017 to December 2018. The results show most case diagnosed as invasive cervical cancer was at the 40-49 age group (32.5%). Squamous cell carcinoma was the most common at 60.5%, adenocarcinoma, adenosquamous carcinoma, undifferentiated carcinoma and small cell carcinoma accounted for 29.5%; 8%; 1% and 1%. Conclusions: Invasive cervical cancer was popularly diagnosed at the 40-49 age group. Squamous cell carcinoma had high rate in which non-keratinizing carcinoma was the most popular.

Keywords: Adenocarcinoma; squamous cell carcinoma; cervical; carcinoma; histopathological

Received: 15/10/2019; Revised: 11/01/2020; Published: 14/01/2020

* Corresponding author. Email: hoangluan1612@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2014, ung thư cổ tử cung (UTCTC) đứng hàng thứ 2 hoặc thứ 3 trong các ung thư ở phụ nữ. UTCTC tăng từ 378.000 trường hợp mỗi năm vào năm 1980 lên 500.000 trường hợp mỗi năm ở những năm gần đây, ước tính mỗi năm tăng khoảng 0,6%. Tuổi tử vong trung bình vì UTCTC là 55 tuổi [1]. Năm 2018, ở Việt Nam, UTCTC là ung thư phổ biến đứng hàng thứ 7 và là nguyên nhân đứng hàng thứ 5 gây tử vong do ung thư ở phụ nữ. Ước tính có khoảng 4.177 trường hợp mới mắc và khoảng 2420 trường hợp tử vong vì UTCTC. Tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi trên 100.000 phụ nữ là 7,1; tỷ lệ tử vong chuẩn theo tuổi là 4,0 đứng thứ 10 ở khu vực Đông Nam Á [2].

Năm 2014, WHO đã công bố bảng phân loại mới về UTCTC, bảng phân loại này đã có

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng NC

Bảng 1. Đặc điểm tuổi của đối tượng NC

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 29	3	1,5
30-39	60	30
40-49	65	32,5
50-59	44	22
≥ 60	28	14
Tổng	200	100

Nhận xét: Trong 200 bệnh nhân UTBM cổ tử cung (UTBMCTC), bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 26 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 79 tuổi, tuổi trung bình là 46,7. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 40-49 tuổi với 65 trường hợp, chiếm tỷ lệ 32,5%. Nhóm ≤ 29 tuổi gặp ít nhất chỉ với 3 trường hợp, chiếm 1,5%.

3.2. Tỷ lệ các típ MBH của UTBMCTC

Bảng 2. Tỷ lệ các típ MBH của UTBMCTC

Típ MBH	Số lượng	Tỷ lệ (%)
UTBM tế bào vảy	121	60,5
UTBM tuyến	59	29,5
UTBM tuyến vảy	16	8
UTBM không biệt hóa	2	1
UTBM thần kinh nội tiết tế bào nhỏ	2	1
Tổng	200	100

Nhận xét: UTBM tế bào vảy chiếm tỷ lệ cao nhất 60,5%; tiếp theo là UTBM tuyến chiếm 29,5%. UTBM không biệt hóa và UTBM thần kinh nội tiết (UTBMKNT) tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ thấp nhất cùng bằng 1%.

một số sửa đổi, bổ sung các típ, các biến thể mới so với các phân loại trước đó. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu (NC): “**Xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học của ung thư biểu mô cổ tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới 2014**”.

2. Đối tượng và phương pháp nc

2.1. Đối tượng NC: 200 người bệnh ung thư biểu mô (UTBM) cổ tử cung xâm nhập, được chẩn đoán bằng mô bệnh học (MBH) tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018.

2.2. Phương pháp NC: NC mô tả cắt ngang dựa trên hồ sơ bệnh án, sổ lưu kết quả Giải phẫu bệnh (GPB) và đọc lại tiêu bản theo phân loại của WHO năm 2014 về UTCTC.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê trên phần mềm SPSS 16.0.

3.3. Các típ MBH của UTBM tế bào vảy

Bảng 3. Tỷ lệ các típ MBH của UTBM tế bào vảy

Típ MBH	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không sừng hóa	100	82,6
Sừng hóa	18	14,9
Dạng đáy	2	1,7
Vảy chuyển tiếp	1	0,8
Tổng	121	100

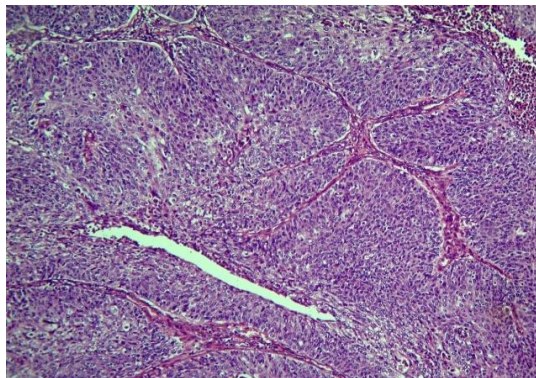
Nhận xét: Trong 121 trường hợp UTBM tế bào vảy, UTBM tế bào vảy không sừng hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 82,6%; thấp nhất là UTBM vảy chuyển tiếp chiếm 0,8%. Chúng tôi không gặp trường hợp nào thuộc các típ MBH khác.

3.4. Các típ và biến thể của UTBM tuyến

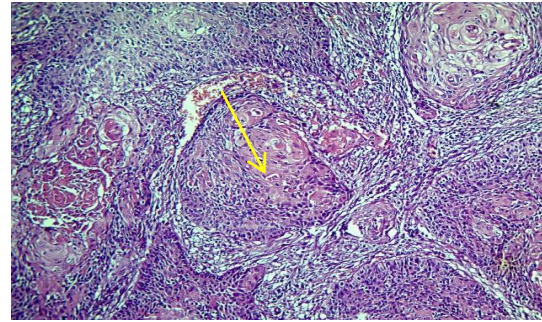
Bảng 4. Tỷ lệ các típ MBH và biến thể của UTBM tuyến

Típ MBH	Số lượng	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến cổ trong típ thông thường	30	50,9
Không đặc biệt	5	8,4
UTBM Típ dạ dày	6	10,2
chế nhầy Típ ruột	1	1,7
Típ tế bào nhẫn	4	6,8
UTBM tuyến nhung mao	4	6,8
UTBM dạng nội mạc	3	5,1
UTBMTB sáng	5	8,4
UTBM tuyến kết hợp	1	1,7
UTBMTKNT tế bào nhỏ		
Tổng	59	100

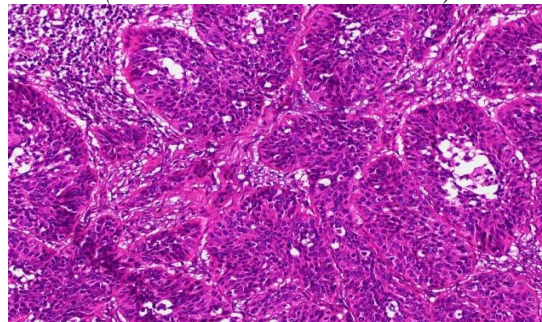
Nhận xét: Trong 59 trường hợp UTBM tuyến, UTBM tuyến cổ trong típ thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 50,9%. UTBM chế nhầy típ ruột và UTBM tuyến kết hợp UTBMTKNT có tỷ lệ thấp nhất cùng bằng 1,7%.



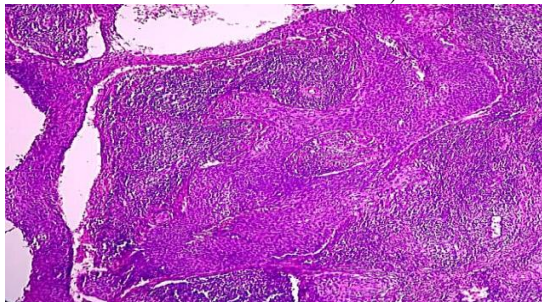
Hình 1. UTBM tế bào vảy không sừng hóa. Mô u gồm các tế bào vảy đa diện xâm nhập mô đệm. (Mã GPB: 1630-B18. HE x 100)



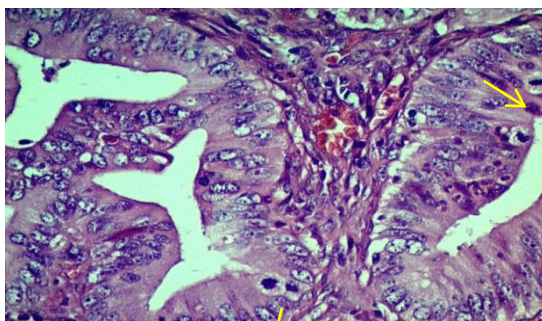
Hình 2. UTBM tế bào vảy sừng hóa. Mô u có biệt hóa cầu sừng (Mũi tên) xâm nhập trong mô đệm. (Mã GPB: 2031-B18. HE x 100)



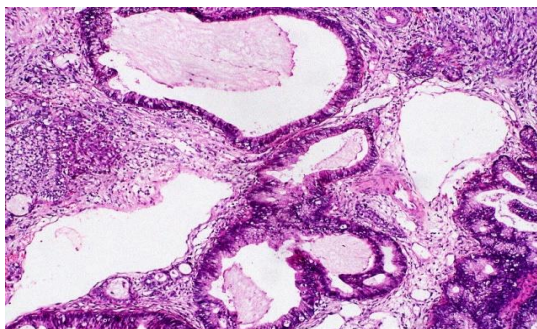
Hình 3. UTBM tế bào vảy dạng đáy. Mô u gồm các tế bào dạng đáy, bào tương hẹp. (Mã GPB: 15069-B18. HE x 200)



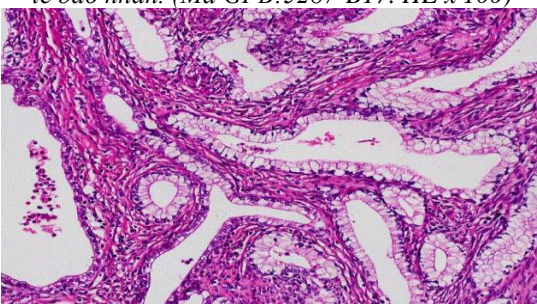
Hình 4. UTBM vảy chuyển tiếp. Mô u gồm các tế bào giống tế bào đường niệu của bàng quang. Phản ứng mô đệm rõ nhiều lympho bào. (Mã GPB: 14739-B18. HE x 40)



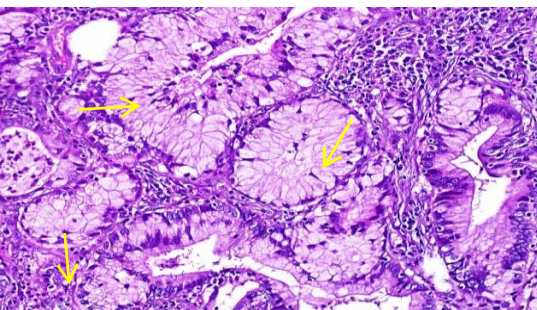
Hình 5. UTBM tuyến cổ trong típ thông thường. Các tế bào u nhân lớn kéo dài, tăng sắc, nhiều nhân chia (mũi tên). (Mã GPB: 17047-B18. HE x 400)



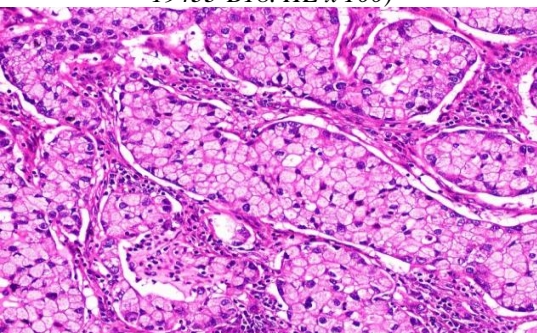
Hình 6. UTBM tuyến chế nhầy không đặc biệt. Các tế bào u chế nhầy, không có đặc điểm của tip cổ trong thông thường, tip dạ dày, tip ruột hay tip tế bào nhân. (Mã GPB:5287-B17. HE x 100)



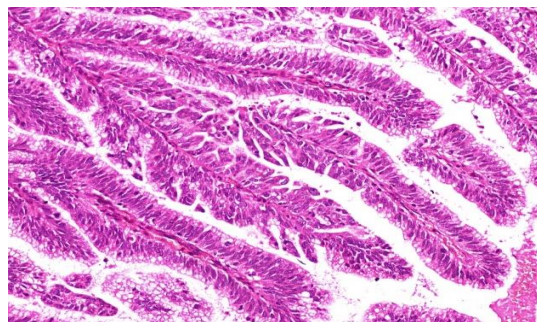
Hình 7. UTBM chế nhầy tip dạ dày. Mô u chế nhầy có biệt hóa dạ dày, các tuyến giãn rộng. (Mã GPB:19552-B17. HE x 100)



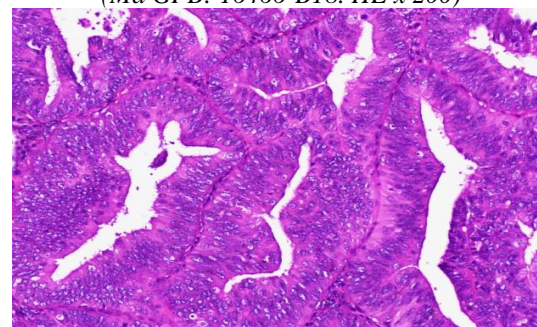
Hình 8. UTBM chế nhầy tip ruột. Các tế bào u hình dài biệt hóa dạng ruột (mũi tên). (Mã GPB: 19433-B18. HE x 100)



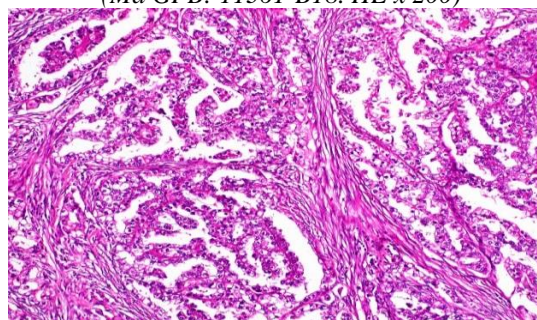
Hình 9. UTBM chế nhầy tip tế bào nhân. Các tế bào u bào tương rộng chứa đầy chất nhầy, đẩy lệch nhân về một phía. (Mã GPB: 2992-B18. HE x 100)



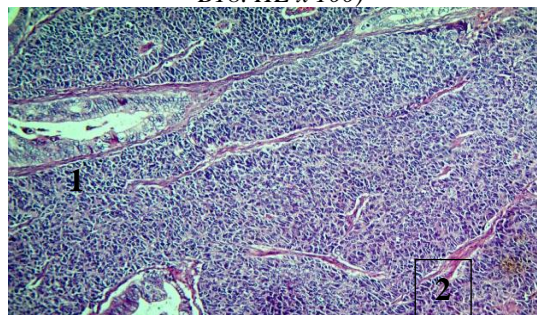
Hình 10. UTBM tuyến nhung mao. Mô u với sự phát triển của các nhú-nhung mao kéo dài. (Mã GPB: 16466-B18. HE x 200)



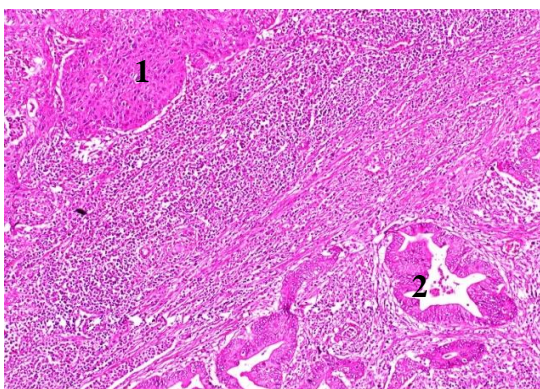
Hình 11. UTBM dạng nội mạc. U có cấu trúc giống UTBM dạng nội mạc ở niêm mạc tử cung. (Mã GPB: 11361-B18. HE x 200)



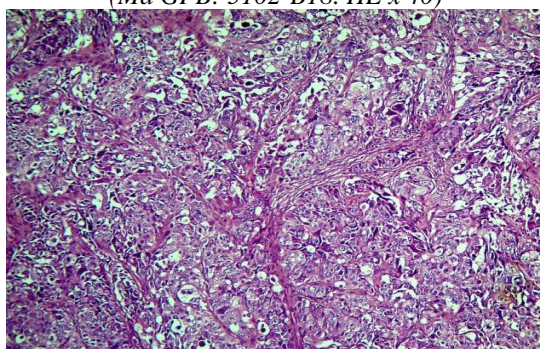
Hình 12. UTBM tế bào sảng. Các tế bào u có bào tương sảng, sắp xếp tạo nhú. (Mã GPB: 8123-B18. HE x 100)



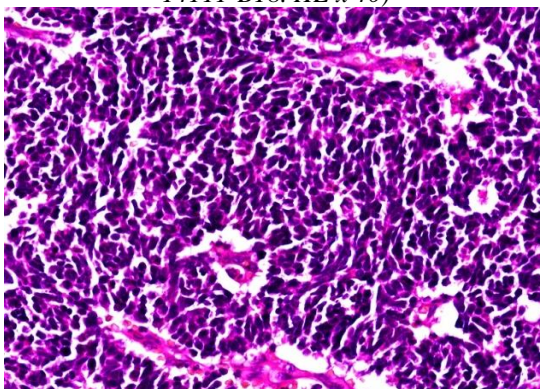
Hình 13. UTBM tuyến kết hợp UTBMTKNT nhỏ. Mô u gồm thành phần UTBM tuyến (1) chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ và thành phần UTBMTKNT tế bào nhỏ (2). (Mã GPB: 16923-B17. HE x 100)



Hình 14. UTBM tuyến vảy. Mô u gồm 2 thành phần UTBM tế bào vảy (1) và UTBM tuyến (2). (Mã GPB: 5102-B18. HE x 40)



Hình 15. UTBM không biệt hóa. Mô u không có bất kỳ sự biểu hiện biệt hóa nào. (Mã GPB: 14111-B18. HE x 40)



Hình 16. UTBM KNT tế bào nhỏ. Các tế bào u hình bầu dục, kiềm tính, bào tương hẹp. (Mã GPB: 17996-B18. HE x 40)

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Trong 200 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy người bệnh trẻ tuổi nhất là 26 tuổi, cao tuổi nhất là 79 tuổi, tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Quang Vinh (năm 2013) và Nguyễn Thúy Hương (năm 2004)

cho thấy người bệnh trẻ tuổi nhất và cao tuổi nhất lần lượt là 27 tuổi, 88 tuổi và 28 tuổi, 85 tuổi [3], [4].

Tuổi mắc bệnh trung bình tại thời điểm chẩn đoán của chúng tôi là 46,7 tuổi; tương tự như nghiên cứu của Lưu Văn Minh (45 tuổi) [5]; thấp hơn nghiên cứu của Lê Quang Vinh (52,15 tuổi) [3], Nguyễn Thúy Hương (51,12 tuổi) [4]. Kết quả này phản ánh xu hướng mắc UTBMCTC ở phụ nữ trẻ ngày càng tăng.

Bảng 1 cho thấy, UTBMCTC gặp nhiều nhất ở nhóm 40-49 tuổi với 65 trường hợp chiếm 32,5%, tương tự như kết quả nghiên cứu của Lưu Văn Minh [5], khác với nghiên cứu của Lê Quang Vinh và Nguyễn Thúy Hương cho thấy nhóm 50-59 là nhóm tuổi hay gặp nhất [3],[4]. Sự khác biệt này là do mạng lưới y tế tư nhân, công lập ngày càng phát triển rộng rãi. Người bệnh dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ như sàng lọc sớm UTCTC, soi cổ tử cung, xét nghiệm virus HPV, sinh thiết làm mô bệnh học, đây là những phương pháp hiện đại có độ nhạy và hiệu quả cao trong công tác chẩn đoán.

4.2. Phân bố mô bệnh học của UTBMCTC

4.2.1. Phân bố UTBM tế bào vảy

Kết quả nghiên cứu cho thấy, UTBM tế bào vảy bao gồm tất cả các típ chiếm đa số với 121/200 trường hợp (60,5%) (Bảng 2), thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Quang Vinh (năm 2013) với 173/215 trường hợp (80,47%) [3], của Nguyễn Thúy Hương (năm 2004) với 317/384 trường hợp (82,55%) [4]. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nara Yoon (năm 2016) với 407/675 trường hợp (60,3%) [6]. Hiện nay các chương trình sàng lọc phát hiện sớm UTCTC được thực hiện phổ biến rộng rãi nên UTBM tế bào vảy thường được phát hiện và điều trị sớm, tỷ lệ UTBM tế bào vảy tiến triển sang giai đoạn xâm nhập giảm xuống. Bảng 3 cho thấy tỷ lệ các típ MBH của UTBM tế bào vảy phân bố như sau:

UTBM tế bào vảy không sừng hóa (Hình 1) và sừng hóa (Hình 2): Chúng tôi gặp 100

trường hợp là UTBM tế bào vảy không sừng hóa, chiếm tỷ lệ cao nhất (50% UTBMCTC và 82,6% UTBM tế bào vảy); gặp 18 trường hợp là UTBM tế bào vảy sừng hóa (9% UTBMCTC và 14,9% UTBM tế bào vảy). Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Quang Vinh (năm 2013), UTBM tế bào vảy không sừng hóa và sừng hóa chiếm tỷ lệ lần lượt là 60,47% và 20% UTBMCTC [3]; của Nguyễn Thúy Hương (năm 2004) tỷ lệ này là 61,98% và 17,71% [4].

UTBM tế bào vảy dạng đáy (Hình 3): Chúng tôi ghi nhận được 2 trường hợp là UTBM tế bào vảy dạng đáy, chiếm 1% UTBMCTC và chiếm 1,7% UTBM tế bào vảy. Nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hương (năm 2004) gặp 10/384 trường hợp UTBM tế bào vảy dạng đáy (2,82%) cao hơn gần 3 lần kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4].

UTBM vảy chuyển tiếp (Hình 4): U còn được biết đến với tên gọi UTBM chuyển tiếp vảy nhú và được mô tả lần đầu tiên bởi Marsh năm 1952. Đây là một khối u hiếm gặp, chiếm khoảng 1,6% UTCTC, thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp duy nhất một trường hợp bệnh nhân 49 tuổi, chiếm 0,5% UTBMCTC và chiếm 0,8% UTBM tế bào vảy.

4.2.1. Phân bố UTBM tuyến và các biến thể

Chúng tôi gặp 59 trường hợp là UTBM tuyến, chiếm 29,5% (Bảng 2). Kết quả này cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Quang Vinh (năm 2013) với 20/215 trường hợp (9,3%), Nguyễn Thúy Hương (năm 2004) gặp 32/384 trường hợp (8,33%). Các phương pháp sàng lọc ít có hiệu quả trong việc phát hiện sớm UTBM tuyến, nên tỷ lệ UTBM tuyến xâm nhập còn cao. Qua Bảng 4 chúng tôi nhận thấy:

UTBM tuyến cổ trong tít thông thường (Hình 5): So với phân loại WHO năm 2003, phân loại của WHO năm 2014 đã tách UTBM tuyến cổ trong ra khỏi UTBM tuyến chế nhầy thành một tít riêng với tên gọi là UTBM

tuyến cổ trong tít thông thường. Đây là tít gặp nhiều nhất của UTBM tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi với 30 trường hợp, chiếm 50,9% UTBM tuyến và chiếm 15% tổng số UTBMCTC. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nara Yoon (năm 2016) (chiếm 15,4% UTBMCTC) và cao hơn kết quả của Đoàn Văn Khương (năm 2015) với 80/199 trường hợp (chiếm 40,2% UTBM tuyến) [6], [7]. Tuy nhiên thấp hơn so với nhận định của WHO năm 2014 (chiếm 90% UTBM tuyến) [1].

UTBM chế nhầy không đặc biệt (NOS) (Hình 6): Chúng tôi gặp 5 trường hợp là UTBM chế nhầy NOS, chiếm 8,4% UTBM tuyến. Đây là khối u không có đặc điểm riêng biệt của UTBM tuyến tít thông thường, UTBM chế nhầy tít dạ dày, tít ruột hay tít tế bào nhẵn.

Biến thể UTBM chế nhầy tít dạ dày (Hình 7): Chúng tôi gặp 6 trường hợp là UTBM tuyến chế nhầy tít dạ dày, chiếm 10,2% UTBM tuyến cổ tử cung. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Shi Nisio (năm 2019) gặp 95/328 trường hợp, chiếm 28,9% UTBM tuyến [8]. Nghiên cứu của Đoàn Văn Khương (năm 2015) áp dụng phân loại của WHO năm 2003 gặp 9/199 trường hợp (chiếm 4,5% UTBM tuyến) [7].

Biến thể UTBM chế nhầy tít ruột (Hình 8): Chúng tôi ghi nhận được 1 trường hợp thuộc biến thể ruột (chiếm 1,7% UTBM tuyến). Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của Đoàn Văn Khương, tác giả gặp 23/199 trường hợp (chiếm 11,6% UTBM tuyến) trong thời gian 4 năm từ tháng 1/2009-12/2012 [7].

Biến thể UTBM chế nhầy tít tế bào nhẵn (Hình 9): Chúng tôi gặp 4 trường hợp là UTBM chế nhầy tít tế bào nhẵn (6,8%); cao hơn kết quả của Đoàn Văn Khương, tác giả gặp 3/199 trường hợp (1,5%) [7].

UTBM tuyến nhung mao (Hình 10): Chúng tôi gặp 4 trường hợp là UTBM tuyến nhung mao (chiếm 6,8% UTBM tuyến). Kết quả này phù hợp với phát hiện của Edyta UTBM

tuyến nhưng mao chiếm 3-6% UTBM tuyến của CTC và u này thường gặp ở độ tuổi 33-41 tuổi [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Văn Khương (năm 2015) gặp 30/199 trường hợp (15,07% UTBM tuyến) [7].

UTBM dạng nội mạc (Hình 11): Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp UTBM dạng nội mạc, chiếm 5,1% UTBM tuyến. Kết quả này phù hợp số liệu của WHO 2014 UTBM dạng nội mạc chiếm $\leq 5\%$ UTBM tuyến CTC [1]. Tuy nhiên thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đoàn Văn Khương (năm 2015), của Nguyễn Thúy Hương (năm 2004) và có tỷ lệ lần lượt là 17,6%; 12,5% và 6,3% [4],[7].

UTBM tế bào sáng (Hình 12): Chúng tôi gặp 5 trường hợp là UTBM tế bào sáng, chiếm 8,4% UTBM tuyến. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như NC của Đoàn Văn Khương (9%) [8]. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nara Yoon (năm 2016) chiếm 0,3% và của Nguyễn Thúy Hương (năm 2004) chiếm 0,52% [4].

UTBM tuyến kết hợp với UTBM TKNT (Hình 13): Đây là một típ mới được bổ sung của WHO 2014. Chúng tôi gặp 1 trường hợp trong nghiên cứu này, chiếm 1,7% UTBM tuyến. Khối u này đã được nhắc đến trong nhiều nghiên cứu tuy nhiên chỉ dừng lại ở mức độ mô tả về vi thể. Cho đến năm 2014, WHO đã xếp nó vào 1 típ mới trong bảng phân loại các u ở cổ tử cung.

4.2.3. Phân bố UTBM tuyến vảy

UTBM tuyến vảy là một khối u hỗn hợp các thành phần tuyến và vảy có thể nhận biết được trên tiêu bản nhuộm HE (Hình 14). Loại u này có tiên lượng xấu hơn ung thư biểu mô tuyến cổ tử cung điển hình, đặc biệt ở những bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 16/200 trường hợp (8%) (Bảng 2). Tỷ lệ UTBM tuyến vảy chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hương (7,55%); cao hơn kết quả của Maria Alejo (1,8%) [10].

4.2.4. Phân bố UTBM không biệt hóa

Theo WHO 2014, UTBM không biệt hóa bao gồm các tế bào u không có bất kỳ sự biểu hiện biệt hóa nào (Hình 15). Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 2/200 trường hợp, chiếm 1% UTBM CTC (Bảng 2), tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hương, tác giả gặp 4/384 trường hợp, chiếm 1,04% [4], thấp hơn nghiên cứu của Lê Quang Vinh với 5/215 trường hợp, chiếm 2,32% [3].

4.2.5. Phân bố UTBM TKNT tế bào nhỏ

UTBM TKNT tế bào nhỏ là một u hiếm gặp, chiếm khoảng 2% UTBM CTC (Hình 16). Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 2/200 trường hợp (1%) (Bảng 2), thấp hơn khoảng 3 lần kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hương, tác giả gặp 11/384 trường hợp (2,87%) [3]. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Horn LC với 9/677 trường hợp (1,3%) và cao hơn kết quả nghiên cứu của Maria Alejo với 33/10575 trường hợp (0,3%) [10].

5. Kết luận

Nhóm tuổi hay gặp UTBM CTC xâm nhập nhất là 40-49 tuổi. UTBM tế bào vảy chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó thường gặp nhất là UTBM tế bào vảy không sừng hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/REFERENCES

- [1]. R. J. Kurman, M. L. Carcangiu, S. Herrington, et al., *WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs, International Agency for Research on Cancer (IARC)*. Lyon, 2014.
- [2]. ICO/IARC HPV Information Centre on HPV and Cancer 2018, "Human Papillomavirus and Related Diseases Report VIET NAM", 17/06/2019. [Online]. Available: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/VNM.pdf>. [Accessed July 10, 2019].
- [3]. Q. V. Le, "Study of clinical and histopathological characteristics of cervical cancer," (In Vietnamese), *Journal of practical medicine*, vol. 867, no. 4, pp. 156-159, 2013.
- [4]. T. H. Nguyen, "Study on morphology of cervical invasive carcinoma and relationship with clinical features and prognosis," PhD

- Thesis, Ha Noi Medical University, Ha Noi, 2014.
- [5]. V. M. Luu et al, “Summary of 5.034 cases of cervical cancer treated at Ho Chi Minh city,” (In Vietnamese), vol. Special, no. Cancer, pp. 267-273, 1997.
- [6]. N. Yoon, “Clinical outcomes of advanced-stage glassy cell carcinoma of the uterine cervix: a need for reappraisal,” *Oncotarget*, vol. 7, no. 48, pp. 78448-78454, 2016.
- [7]. V. K. Doan, *Research type and histological grade and some prognosis factors for cervical cancer*. Ha Noi Medical University, Ha Noi, 2015.
- [8]. S. Nishio, Y. Mikami, “Analysis of gastric-type mucinous carcinoma of the uterine cervix — An aggressive tumor with a poor prognosis: A multi-institutional study,” *Gynecologic Oncology*, vol. 15, no. 1, pp. 13-19, 2019.
- [9]. E. C. Pirog, “Cervical Adenocarcinoma: Diagnosis of Human Papillomavirus–Positive and Human Papillomavirus–Negative Tumors,” *Arch Pathol Lab Med*, vol. 141, pp. 1653–1667, 2017.
- [10]. M. Alejo, L. Alemany, O. Clavero, et al, “Contribution of Human papillomavirus in neuroendocrine tumors from a series of 10,575 invasive cervical cancer cases,” *Papillomavirus Res.*, vol. 5, pp. 134-142, 2018.