

angiographic and clinical follow-up of the prospective, multicenter BioFreedom USA clinical trial", *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 18(7), pp. 475-481.

8. **Juhani Knuuti, William Wijins, Antti Saraste et al** (2020), "2019 ESC Guidelines for diagnostic and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for diagnosis and management of

chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology", *European Heart Journal*, 41(3), pp. 407-477.

9. **Roxana Mehran, Sunil V. Rao, Deepak L. Bhatt et al** (2011), "Standardized Bleeding Definitions for Cardiovascular Clinical Trials", *Circulation*, 123, pp. 2736-2747.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN THEO PHÂN LOẠI WHO 2019 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2019-2022

Nguyễn Thị Duyên^{1,2}, Nguyễn Thúy Hương²

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô đường mật trong gan (UTBMĐMTG) là một nhóm các khối u ác tính không đồng nhất, đứng thứ hai trong các tổn thương ác tính của gan chỉ sau ung thư biểu mô tế bào gan. Năm 2019, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra bảng phân loại mới bao gồm hai nhóm chính là UTBMĐMTG tít ống lớn và UTBMĐMTG tít ống nhỏ và các thứ tít hiếm gặp. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các tít mô bệnh học của ung thư biểu mô đường mật trong gan theo WHO 2019 và đối chiếu hai tít mô bệnh học chính với một số đặc điểm giải phẫu bệnh – lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 34 trường hợp UTBMĐMTG được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ 01/2019 đến tháng 06/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tít ống lớn chiếm 41.2%, tít ống nhỏ 50.0%, 02 trường hợp UTBM tít tuyến vảy và 01 trường hợp tít dạng lympho-biểu mô. U biệt hóa vừa chiếm 61.8% và kém biệt hóa chiếm 38.2%. pT1 chiếm ưu thế với 73.5%. Tỷ lệ di căn hạch là 26.5%, xâm nhập mạch là 20.6% và xâm nhập thần kinh là 50.0%. UTBMĐMTG tít ống lớn có liên quan đến tình trạng xâm nhập thần kinh cao hơn ($p=0.020$) và nồng độ trung bình CA19-9 huyết thanh trước mổ cao hơn nhiều lần so với tít ống nhỏ ($p<0.001$). Không tìm thấy mối liên quan giữa phân tít mô bệnh học với các yếu tố kích thích u, độ mô học, mức độ xâm lấn của u, tình trạng di căn hạch và tình trạng xâm nhập mạch máu ($p>0.05$). **Kết luận:** Tít ống lớn chiếm 41.2%, tít ống nhỏ 50.0%. UTBMĐMTG tít ống lớn có liên quan đến tình trạng xâm nhập thần kinh và nồng độ trung bình CA19-9 huyết thanh trước mổ cao hơn tít ống nhỏ.

Từ khóa: Ung thư biểu mô đường mật trong gan, Mô bệnh học, Ống mật lớn, ống mật nhỏ

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Duyên

Email: nguyenduyen.nd192@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA ACCORDING TO WHO 2019 IN BACH MAI HOSPITAL FROM 2019 TO 2022

Introduction: Intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC) is a heterogeneous group of malignancies, ranking second in malignancies of the liver after hepatocellular carcinoma. In 2019, the World Health Organization (WHO) released a new classification including two main groups: large duct type ICC and small duct type ICC and rare subtypes. **Objectives:** Determine the rate of histological types of intrahepatic cholangiocarcinoma according to WHO 2019 and compare the two main histological types with some histopathological-clinical characteristics. **Methods:** Including 34 cases of ICC were operated at Bach Mai hospital from January 2019 to June 2022. **Research results:** Large duct type accounted for 41.2%, small duct type 50.0%, 02 cases of adenosquamous carcinoma and 01 case of lymphoepithelioma-like carcinoma. Moderately differentiated tumors accounted for 61.8% and poorly differentiated tumors accounted for 38.2%. pT1 was dominant with 73.5%. The rate of lymph node metastasis was 26.5%, vascular invasion was 20.6% and perineural invasion was 50.0%. Large duct type ICCs were associated with higher perineural invasion ($p=0.020$) and mean preoperative serum CA19-9 levels were several times higher than those of small duct type ($p<0.001$). No relationship was found between histopathological subtypes with factors such as tumor size, histological grade, pT, lymph node metastasis and vascular invasion ($p>0.05$). **Conclusion:** Large duct type accounted for 41.2%, small duct type 50.0%. Large duct type ICCs are associated with perineural invasion and mean preoperative serum CA19-9 levels are higher than those of small duct type.

Keywords: Intrahepatic cholangiocarcinoma, histopathology, Large bile ducts, Small bile ducts.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đường mật trong gan (UTBMĐMTG) là một nhóm các khối u ác tính

không đồng nhất, đứng thứ hai trong các tổn thương ác tính của gan chỉ sau ung thư biểu mô tế bào gan, chiếm tỷ lệ 15% trong tổng số ca ung thư gan nguyên phát và xấp xỉ 3% các u ác tính của hệ tiêu hóa. Các u đường mật tiến triển âm thầm, triệu chứng nghèo nàn nhưng có tính chất xâm lấn mạnh. Năm 2019 Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra bảng phân loại mới với các típ mô bệnh học hoàn toàn khác các phân loại trước đó, chia ung thư biểu mô đường mật trong gan thành hai nhóm chính là UTBMĐMTG típ ống lớn và UTBMĐMTG típ ống nhỏ và các típ típ hiếm gặp. UTBMĐMTG típ ống lớn xuất phát từ ống mật lớn gần rốn gan trong khi típ ống nhỏ thường ở phía ngoại vi gan. Tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu sử dụng phân loại mới cập nhật này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học của ung thư biểu mô đường mật trong gan theo WHO 2019 và đối chiếu hai típ mô bệnh học chính với một số đặc điểm giải phẫu bệnh – lâm sàng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 34 trường hợp ung thư biểu mô đường mật trong gan được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ 01/2019 đến tháng 06/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô đường mật trong gan nguyên phát
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- Tiêu bản, khối nén lưu trữ đảm bảo chất lượng để chẩn đoán

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tất cả các trường hợp không đủ thông tin như trên.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Nghiên cứu về mô bệnh học

Kỹ thuật mô học: Đánh giá khối u và hạch (nếu có) theo quy trình giải phẫu bệnh chuẩn.

Quy trình đọc và thẩm định các kết quả:

Tác giả đọc tiêu bản nhuộm HE, đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn quốc tế.

- Đánh giá đặc điểm giải phẫu bệnh
- + Kích thước u: nhóm 1 với $u \leq 5\text{cm}$, nhóm 2 $u > 5\text{cm}$
- + Sự phân bố các típ mô bệnh học: típ ống lớn, típ ống nhỏ, các típ hiếm gặp khác bao gồm ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vảy, vảy, nhầy, tế bào nhân, tế bào sáng, nhầy biểu bì, dạng lympho – biểu mô, dạng sarcoma

- + Độ mô học: Biệt hóa cao, vừa, kém
- + Tình trạng xâm nhập mạch: Có/ Không
- + Tình trạng xâm nhập thần kinh: Có/ Không
- + Tình trạng di căn hạch: Có/ Không
- + Giai đoạn u xâm nhập sau phẫu thuật (pT) theo AJCC lần thứ 8

-Đối chiếu mối liên quan giữa 2 típ mô bệnh học ống lớn và ống nhỏ với các yếu tố kích thước u, số lượng u, độ mô học, tình trạng xâm nhập mạch máu, thần kinh, tình trạng di căn hạch, giai đoạn pT và CA19-9 huyết thanh trước mổ.

Quản lý thông tin và phân tích dữ liệu: Các trường hợp nghiên cứu được mã hóa dữ liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng test Chi-square, Anova, Phi and Cramer’s V.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được hội đồng thông qua đề cương Đại học Y Hà Nội phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đường mật trong gan

Ung thư biểu mô đường mật trong gan	n	Tỉ lệ (%)
Kích thước u	5.63±2.47cm	
≤ 5cm	17	50.0
>5 cm	17	50.0
Típ mô bệnh học		
Típ ống lớn	14	41.2
Típ ống nhỏ	17	50.0
Típ tuyến vảy	2	5.9
Típ dạng lympho-biểu mô	1	2.9
Độ mô học		
Biệt hóa cao	0	0
Biệt hóa vừa	21	61.8
Kém biệt hóa	13	38.2
Mức độ xâm lấn của u		
pT1	25	73.5
pT2	7	20.6
pT3	0	0
pT4	2	5.9
Tình trạng di căn hạch		
Có	9	26.5
Không	25	73.5
Tình trạng xâm nhập mạch		
Có	7	20.6
Không	27	79.4
Tình trạng xâm nhập thần kinh		
Có	17	50.0
Không	17	50.0

Nhận xét: Kích thước u trung bình của nhóm nghiên cứu là 5.63±2.47cm, trong đó có 50.0% trường hợp $u \leq 5\text{cm}$ và 50.0% trường hợp $u > 5\text{cm}$. Típ ống lớn chiếm 41.2% trong khi

típ ống nhỏ 50.0%. Ghi nhận 02 trường hợp UTBM típ tuyến vảy và 01 trường hợp típ dạng lympho-biểu mô. U biệt hóa vừa chiếm 61.8% và kém biệt hóa chiếm 38.2%. U ở giai đoạn pT1

chiếm ưu thế với 73.5. Tỷ lệ di căn hạch là 26.5%. Tỷ lệ xâm nhập mạch là 20.6% và tỷ lệ xâm nhập thần kinh là 50.0%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa típ mô bệnh học và đặc điểm giải phẫu bệnh - lâm sàng

	Típ ống lớn		Típ ống nhỏ		P
	n	%	n	%	
Kích thước u	5.16±2.85cm		6.10±2.30cm		P=0.316
≤ 5cm	8	51.7	8	47.1	P=0.576
>5 cm	6	42.9	9	52.9	
Độ mô học					
Biệt hóa cao	0	0	0	0	P=0.052
Biệt hóa vừa	12	85.7	9	52.9	
Kém biệt hóa	2	14.3	8	47.1	
Mức độ xâm lấn của u					
pT1	12	85.7	10	58.8	P=0.466
pT2	2	14.3	5	29.5	
pT3	0	0	0	0	
pT4	0	0	2	11.8	
Tình trạng di căn hạch					
Có	9	64.3	14	82.4	P=0.412
Không	5	35.7	3	17.6	
Tình trạng xâm nhập mạch					
Có	2	14.3	5	29.4	P=0.412
Không	12	85.7	12	70.6	
Tình trạng xâm nhập thần kinh					
Có	10	71.4	5	29.4	P=0.020
Không	4	28.6	12	70.6	
CA19-9	228.98±296.05 U/mL		19.81±11.36 U/mL		P<0.001

Nhận xét: UTBMĐMTG típ ống lớn có liên quan đến tình trạng xâm nhập thần kinh cao hơn ($p=0.020$) và nồng độ trung bình CA19-9 huyết thanh trước mổ cao hơn nhiều lần so với típ ống nhỏ ($p<0.001$). Không tìm thấy mối liên quan giữa phân típ mô bệnh học với các yếu tố kích thước u, độ mô học, mức độ xâm lấn của u, tình trạng di căn hạch và tình trạng xâm nhập mạch máu ($p>0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Kích thước u trung bình của nhóm nghiên cứu là 5.63 ± 2.47 cm, trong đó có 50.0% trường hợp u ≤ 5 cm và 50.0% trường hợp u >5 cm. Kích thước u là một yếu tố tiên lượng quan trọng độc lập trong ung thư biểu mô đường mật trong gan nhưng giá trị tối ưu của nó còn nhiều tranh cãi. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu đồng thuận rằng, khối u lớn ảnh hưởng tới thời gian sống thêm không bệnh và nguy cơ tái phát của u cũng như tăng khả năng di căn hạch, xâm nhập mạch và giảm độ biệt hóa của u.

UTBMĐMTG típ ống lớn chiếm 41.2% trong khi típ ống nhỏ 50.0%. Theo Sigel (2019) nghiên cứu trên 182 bệnh nhân thấy tỷ lệ típ ống nhỏ là 84%, trong khi típ ống lớn là 8%. Trong một

nghiên cứu khác của Ma (2021) trên 174 bệnh nhân ung thư biểu mô đường mật trong gan từ năm 2012 đến 2017 cho biết có 79.2% trường hợp thuộc típ ống nhỏ và 20.8% típ ống lớn [1]. Nghiên cứu của chúng tôi mặc dù cho kết quả típ ống nhỏ thường gặp hơn típ ống lớn nhưng sự chênh lệch không đáng kể. Điều này có thể do nguyên nhân mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn nhiều so với các nghiên cứu khác nên hạn chế mức độ phân tán của mẫu.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 02 trường hợp UTBM típ tuyến vảy và 01 trường hợp típ dạng lympho-biểu mô. UTBM típ tuyến vảy là típ ung thư nguyên phát cực kỳ hiếm gặp ở gan và dễ chẩn đoán nhầm thành ung thư biểu mô tế bào gan trước phẫu thuật. Tỷ lệ gặp típ ung thư này là khoảng 2-3% ung thư biểu mô đường mật trong gan. Khối u này đặc trưng bởi sự kết hợp của ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào vảy. Típ tuyến vảy so với những típ khác có đặc điểm lâm sàng tiến triển và tiên lượng xấu hơn ung thư biểu mô đường mật trong gan nói chung. Ung thư biểu mô típ lympho-biểu mô trong gan cực kỳ hiếm gặp và được chia thành hai loại: ung thư biểu mô tế bào gan dạng lympho-biểu mô và ung thư

biểu mô đường mật trong gan dạng lympho-biểu mô. Típ mô bệnh học này thường có liên quan đến tình trạng nhiễm EBV. Ca bệnh chúng tôi ghi nhận được u đơn độc tại gan và không kèm theo u ở bất kỳ nơi nào khác, u gồm nhiều tế bào u kém biệt hóa nằm xen kẽ mô đệm dày đặc tế bào viêm nổi trội lympho bào. Tế bào u dương tính với các dấu ấn CK19, CK7, và âm tính với Heppar. Các tế bào u trong ca bệnh của chúng tôi cũng âm tính với EBV.

Độ biệt hóa cao, vừa, kém biệt hóa dựa theo tỷ lệ biệt hóa tuyến áp dụng cho hai típ chính là ung thư biểu mô đường mật trong gan típ ống nhỏ và típ ống lớn. Những típ ung thư biểu mô đường mật trong gan hiếm gặp khác có tiêu chuẩn phân độ riêng theo từng típ mô bệnh học. Nghiên cứu của chúng tôi có u biệt hóa vừa chiếm 61.8% và kém biệt hóa chiếm 38.2%. Tác giả Altman (2018) nghiên cứu 1263 bệnh nhân từ năm 2000 đến 2014 cho thấy u độ I (tương đương biệt hóa cao) chiếm 11%, u độ II (tương đương biệt hóa vừa) chiếm 41% và độ III (tương đương kém biệt hóa) chiếm 24% [2].

Mức độ xâm lấn của ung thư biểu mô đường mật trong gan là sự tổng hợp của nhiều yếu tố bao gồm kích thước u, số lượng khối u, tình trạng xâm nhập mạch và tình trạng xâm lấn của u đến cơ quan lân cận. U ở giai đoạn pT1 chiếm ưu thế với 73.5%, u pT2 chiếm 20.6% và pT4 chiếm 5.9%, không có trường hợp nào ở pT3. Nghiên cứu của Chan (2018) trên 216 bệnh nhân thấy nhóm u chưa xâm lấn phúc mạc và cơ quan lân cận có thời gian sống thêm trung bình là 32.4 tháng, trong khi nhóm còn lại là 8.0 tháng [3].

Di căn hạch, xâm nhập mạch máu, thần kinh đều là những yếu tố tiên lượng độc lập trong UTBMĐMTG. Tỷ lệ di căn hạch là 26.5%. Tỷ lệ xâm nhập mạch là 20.6% và tỷ lệ xâm nhập thần kinh là 50.0%. Những bệnh nhân có di căn hạch có tổng thời gian sống chung không khác biệt dù u đơn ổ hay đa ổ. Tuy nhiên, những bệnh nhân có u đa ổ, kèm xâm nhập mạch máu thì khi có di căn hạch, thời gian sống sẽ ngắn hơn. Ngoài ra, u xâm nhập mạch máu làm tăng nguy cơ di căn hạch, di căn xa và giảm thời gian sống thêm không bệnh. Xâm nhập thần kinh là một yếu tố độc lập mạnh mẽ về sự tái phát của u, thời gian sống thêm lâu dài sau khi phẫu thuật cắt bỏ ung thư biểu mô đường mật trong gan, ngay cả khi u ở giai đoạn sớm [3].

So sánh sự khác biệt giữa hai típ ống lớn và ống nhỏ nhận thấy típ ống lớn có phần lớn u kích thước $\leq 5\text{cm}$ với 51.7%, còn típ ống nhỏ có u $>5\text{cm}$ nổi trội hơn với 52.9%, tuy nhiên chênh

lệch về kích thước u giữa 2 nhóm không đáng kể. Típ ống lớn có kích thước u trung bình là $5.16\pm 2.85\text{cm}$, kích thước u trung bình của típ ống nhỏ là $6.10\pm 2.30\text{cm}$. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về kích thước u trung bình ($p=0.316$) cũng như tỷ lệ u có kích thước lớn $>5\text{cm}$ ($p=0.576$) giữa hai típ mô bệnh học. Nghiên cứu của Ma (2020) cho thấy tỷ lệ u có kích thước $\geq 5\text{cm}$ ở típ ống nhỏ có ưu thế hơn u kích thước nhỏ (58.3% với u $\geq 5\text{cm}$ và 41.7% với u $< 5\text{cm}$). Trong khi đó, ung thư biểu mô đường mật trong gan típ ống lớn thì phần lớn u có kích thước nhỏ $< 5\text{cm}$ (66.7%). Sự khác biệt về kích thước u giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0.021$ [1]. Hai típ mô bệnh học đều ưu thế u chiếm tỷ lệ cao mức độ biệt hóa vừa, nhưng tỷ lệ u kém biệt hóa của típ ống nhỏ cao hơn của típ ống lớn (47.1% với 14.3%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0.052$. Tác giả Sigel (2018) cũng cho thấy tỷ lệ u độ cao của típ ống nhỏ cao hơn tỷ lệ u độ cao của típ ống lớn (27.7% với 14%, $p = 0.002$) [4]. UTBMĐMTG típ ống lớn trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp ở giai đoạn pT1 và pT2 trong đó đại đa số là pT1 (85.7%). Típ ống nhỏ có tỷ lệ pT1 thấp hơn típ ống lớn (58.8% với 85.7%) và có 11.8% trường hợp là ở giai đoạn 4. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa tình trạng xâm lấn của u giữa các típ mô bệnh học với $p=0.466$.

UTBMĐMTG típ ống nhỏ có tỷ lệ di căn hạch và xâm nhập mạch cao hơn típ ống lớn. Cụ thể tỷ lệ xâm nhập mạch của típ ống nhỏ là 29.4% và típ ống lớn là 14.3%. Tỷ lệ di căn hạch của típ ống nhỏ là 82.4% trong khi của típ ống lớn là 64.3%. Sự khác biệt giữa tình trạng di căn hạch và xâm nhập mạch giữa hai típ mô bệnh học này không có ý nghĩa thống kê với $p=0.412$. Tác giả Sigel (2018) nhận được kết quả tỷ lệ di căn hạch ở nhóm típ ống lớn 42% trong khi típ ống nhỏ chỉ có 28% bệnh nhân có di căn hạch vùng. Bên cạnh đó, Sigel (2018) cũng không thấy sự khác biệt về tỷ lệ xâm nhập mạch bạch huyết giữa hai típ chính của ung thư đường mật trong gan với $p = 0.864$ [4].

Theo ghi nhận của chúng tôi, típ ống lớn có tỷ lệ xâm nhập thần kinh là 71.4%, cao hơn típ ống nhỏ là 29.4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0.020$. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trên nhiều quốc gia trước đây khi nhận thấy ung thư biểu mô đường mật trong gan típ ống lớn thường có giai đoạn pT cao hơn và hay gặp xâm nhập thần kinh hơn ung thư biểu mô đường mật trong gan típ ống nhỏ [5].

Sự gia tăng của nồng độ CA19-9 huyết thanh

có thể gợi ý nguy cơ tái phát sớm hoặc di căn ở bệnh nhân ung thư biểu mô đường mật trong gan. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ CA19-9 trung bình của tít ống lớn là 228.98 ± 296.05 U/mL, cao hơn tít ống nhỏ là 19.8 ± 11.36 U/mL. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu đã thực hiện trước đó. Tác giả Ma (2020) thì cũng ghi nhận tỷ lệ CA19-9 ≥ 39 U/mL của ung thư biểu mô đường mật trong gan tít ống lớn cao hơn so với tít ống nhỏ (77.8% và 44.1%) với $p = 0.002$ [1]. Theo dõi 161 bệnh nhân ung thư biểu mô đường mật trong gan, tác giả He và cộng sự (2018) nhận thấy giá trị ngưỡng CA19-9 là 200 U/mL tách bệnh nhân có tiên lượng nhau chính xác hơn so với những tiêu chuẩn ngưỡng trước đó. Theo đó, bệnh nhân đạt được lợi ích sống sót tốt hơn khi phẫu thuật cắt bỏ u khi có nồng độ CA19-9 nhỏ hơn 200U/mL trước phẫu thuật [6].

V. KẾT LUẬN

- Tít ống lớn chiếm 41.2% trong khi tít ống nhỏ 50.0%. Ghi nhận 02 trường hợp UTBM tít tuyến vảy và 01 trường hợp tít dạng lympho-biểu mô.

- UTBMĐMTG tít ống lớn có liên quan đến tình trạng xâm nhập thần kinh và nồng độ trung bình CA19-9 huyết thanh trước mổ cao hơn

nhiều lần so với tít ống nhỏ. Không tìm thấy sự khác biệt giữa phân tít mô bệnh học với các yếu tố kích thước u, độ mô học, mức độ xâm lấn của u, tình trạng di căn hạch và tình trạng xâm nhập mạch máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ma B., Meng H., Tian Y. et al.** (2020). Distinct clinical and prognostic implication of IDH1/2 mutation and other most frequent mutations in large duct and small duct subtypes of intrahepatic cholangiocarcinoma. *BMC Cancer*, **20**, 318.
2. **Altman A.M., Kizy S., Marmor S. et al.** (2018). Current survival and treatment trends for surgically resected intrahepatic cholangiocarcinoma in the United States. *J Gastrointest Oncol*, **9(5)**, 942–952.
3. **Chan K.-M., Tsai C.-Y., Yeh C.-N. et al.** (2018). Characterization of intrahepatic cholangiocarcinoma after curative resection: outcome, prognostic factor, and recurrence. *BMC Gastroenterol*, **18**, 180.
4. **Sigel C.S., Drill E., Zhou Y. et al.** (2018). Intrahepatic Cholangiocarcinomas Have Histologically and Immunophenotypically Distinct Small and Large Duct Patterns. *Am J Surg Pathol*, **42(10)**, 1334–1345.
5. **WHO Classification of Tumours Editorial Board** (2019), *Digestive System Tumours*, .
6. **He C., Zhang Y., Song Y. et al.** (2018). Preoperative CEA levels are supplementary to CA19-9 levels in predicting prognosis in patients with resectable intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Cancer*, **9(17)**, 3117–3128.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KỸ THUẬT TREO CƠ TRÁN BẰNG DÂY SILICON THEO HÌNH TAM GIÁC ĐIỀU TRỊ SỤP MI

Phương Thị Lành¹, Hoàng Cương², Nguyễn Ngân Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kỹ thuật treo cơ trán bằng dây silicon theo hình tam giác điều trị sụp mí vừa và nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân sụp mí có chỉ định treo cơ trán sử dụng dây silicon điều trị tại bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 9/2022. Bệnh nhân được phẫu thuật treo cơ trán bằng dây silicon theo hình tam giác và đánh giá kết quả phẫu thuật sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $18,2 \pm 16,2$ tuổi. Trong số 38 mắt được phẫu thuật, đa số bệnh nhân có sụp mí mức độ

nặng (76,3%) và không có trường hợp nào sụp mí mức độ nhẹ. Sau phẫu thuật 2 tuần, MRD1 tăng lên $3,67 \pm 0,48$ mm. Độ rộng khe mí trung bình tiếp tục tăng lên ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, và hầu như không thay đổi ở thời điểm 3 tháng. **Kết luận:** Treo cơ trán hình tam giác bằng silicon là phương pháp dễ thực hiện và đem lại hiệu quả cao cả về mặt chức năng lẫn thẩm mỹ trong phẫu thuật điều trị sụp mí có chức năng cơ nâng mí kém.

Từ khóa: Sụp mí, treo cơ trán, silicon, hình tam giác.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECT OF SINGLE-TRIANGLE TECHNIQUE WITH A FRONTALIS SLING USING SILICONE ROD TO REPAIR PTOSIS

Objective: To evaluate the effect of single-triangle technique with a frontalis sling using silicone rod to repair moderate and severe ptosis. **Methods:** Patients with ptosis indicated for frontalis sling were treated at National Eye Hospital from 7/2021 to

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngân Hà

Email: nguyennghanha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022