

**ĐỐI CHIẾU CÁC TÍP MÔ BỆNH HỌC VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM
GIẢI PHẪU BỆNH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRỰC TRÀNG**

*Nguyễn Thị Tuyền**, *Đặng Thị Yên*, *Nguyễn Thị Hà Thanh*, *Nguyễn Thị Như Quỳnh*

Trường Đại học Kỹ Thuật Y-Dược Đà Nẵng

**Email: nttuyen@dhktyduocdn.edu.vn*

Ngày nhận bài: 23/5/2024

Ngày phản biện: 29/7/2024

Ngày duyệt đăng: 10/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Trong giai đoạn bệnh học, bệnh nhân được chia thành các nhóm tiên lượng khác nhau dựa vào 3 yếu tố là mức độ xâm lấn của khối u nguyên phát, số lượng hạch di căn và sự hiện diện của các vị trí di căn xa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học và đối chiếu với một số đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 156 trường hợp được phẫu thuật và chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng, tại Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến hết tháng 8/2020. Đọc lại các tiêu bản, phân loại các típ mô bệnh học, độ xâm lấn, di căn hạch, di căn xa theo phân loại của WHO 2010. **Kết quả:** UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 80,1%; độ xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 60,3%. Tỷ lệ di căn hạch là 47,5%; tỷ lệ di căn xa là 9,0%. UTBM tuyến nhầy và tế bào nhầy có tỷ lệ độ xâm lấn T3, T4 cao hơn các típ còn lại. Các típ tuyến nhầy, tế bào nhầy, vi nhú và mặt sàng có tỷ lệ hạch dương tính cao. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nhóm di căn một vị trí M1a, UTBM thể vi nhú có tỷ lệ di căn một vị trí cao hơn típ tuyến thông thường. Tuy nhiên, trong nhóm di căn phức tạp M1c, típ nhầy chiếm ưu thế với tỷ lệ 33,3% so với UTBM tuyến thông thường với $p < 0,05$. **Kết luận:** UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất; độ xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ di căn hạch là 47,5%; tỷ lệ di căn xa là 9,0%. Có mối liên quan giữa típ mô bệnh học với độ xâm lấn và di căn hạch với $p < 0,05$. Có mối liên quan giữa típ mô bệnh học và độ di căn với $p < 0,05$.

Từ khóa: Ung thư biểu mô đại trực tràng, típ mô bệnh học.

ABSTRACT

**COMPARISON OF HISTOLOGICAL TYPES AND SOME PATHOLOGIC
FEATURES OF COLORECTAL AND RECTAL CARCINOMA**

*Nguyen Thi Tuyen**, *Dang Thi Yen*, *Nguyen Thi Ha Thanh*, *Nguyen Thi Nhu Quynh*

University of Medical Technology and Pharmacy at Da Nang

Background: Colorectal cancer is one of the most common cancers in the world. During pathological staging, patients are divided into different prognostic groups based on three factors: the level of invasion of the primary tumor, the number of metastatic lymph nodes and the presence of distant metastatic sites. **Objectives:** To determine the rate of histological types and compares with some pathologic features of colorectal and rectal carcinoma. **Materials and methods:** Cross-sectional study describing 156 cases operated on and histopathologically diagnosed as colorectal carcinoma, at Da Nang Oncology Hospital from January 2018 to the end of August 2020. Re-read the specimens, classify the histological type, invasion, lymph node metastasis, and distant metastasis according to the WHO 2010 classification. **Results:** Adenocarcinoma NOS has the highest rate of 80.1%; T3 invasion accounts for the highest rate of 60.3%. The lymph node metastasis rate is 47.5%; The rate of distant metastasis is 9.0%. Mucinous adenocarcinoma and signet ring cell carcinoma have a higher invasion rate of T3 and T4 than the other types. The mucinous, ring cell, micropapillary and cribriform comedo-types have a

high rate of positive lymph nodes. This difference is statistically significant with $p < 0.05$. In the single-site metastasis group M1a, micropapillary carcinoma has a higher rate of single-site metastasis than the conventional adenoma type. However, in the M1c peritoneal metastasis group, the ring type predominates at a rate of 33.3% compared to conventional adenocarcinoma with $p < 0.05$. **Conclusion:** Conventional breast cancer accounts for the highest rate; T3 invasion has the highest rate. The lymph node metastasis rate is 47.5%; The rate of distant metastasis is 9.0%. There is a relationship between histopathological type and the degree of invasion and lymph node metastasis with $p < 0.05$.

Keywords: Colorectal and rectal carcinoma, histopathological type.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo số liệu của GLOBOCAN 2018 ước tính, số ca mới mắc bệnh là 1,85 triệu chiếm khoảng 10,2% trong tổng số bệnh lý ung thư và có khoảng 880.791 ca tử vong. Tại Việt Nam, bệnh có xu hướng gia tăng, theo thống kê năm 2018 trên cả nước có khoảng 14.733 trường hợp mắc mới [1]. Trong các yếu tố tiên lượng bệnh thì tít mô bệnh học, độ mô học và giai đoạn bệnh học là các yếu tố quan trọng nhất, có ý nghĩa trực tiếp tới phương pháp điều trị và kết quả điều trị bệnh. Trong giai đoạn bệnh học, bệnh nhân được chia thành các nhóm tiên lượng khác nhau dựa vào 3 yếu tố là mức độ xâm lấn của khối u nguyên phát, số lượng hạch di căn và sự hiện diện của các vị trí di căn xa. Theo nghiên cứu của Trần Thắng, mức độ xâm lấn của khối u và tình trạng di căn hạch là hai yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng tới thời gian sống thêm, là yếu tố tiên lượng có giá trị dự báo cáo [2]. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện để Xác định tỷ lệ các tít mô bệnh học và đối chiếu với một số đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân được phẫu thuật và chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô đại trực tràng, tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến hết tháng 8/2020 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Bệnh nhân không có bệnh lý ung thư khác kèm theo.
- + Bệnh nhân chỉ có một khối u trong đại tràng hoặc trực tràng.
- + Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.
- + Có khối nén và tiêu bản lưu giữ đủ để nghiên cứu. Tiêu bản và block sáp lưu trữ phải đầy đủ các lớp mô học của thành đại tràng để đánh giá mức độ xâm nhập của u.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Khối u đại trực tràng là di căn từ cơ quan khác đến.
- + Các trường hợp tái phát sau phẫu thuật hoặc đã điều trị bằng hóa chất, xạ trị trước phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên hồ sơ bệnh án, số lưu kết quả GPB và đọc lại tiêu bản theo phân loại của WHO 2010.

Cỡ mẫu: 156

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Xử lý mô: Mô lấy ra được cố định trong formol 10%, chuyển, đúc trong paraffin, cắt và nhuộm tiêu bản theo phương pháp Hematoxylin – Eosin thường quy.

- Đánh giá các đặc điểm mô bệnh học trên H.E: Típ mô bệnh học theo WHO 2010, độ xâm lấn, di căn hạch, di căn xa.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các típ mô bệnh học của UTĐTT

Bảng 1. Tỷ lệ các típ mô bệnh học của UTBM đại trực tràng

Típ mô bệnh học	n	%
UTBM tuyến thông thường	125	80,1
UTBM tuyến nhầy	16	10,3
UTBM tuyến mặt sàng	6	3,8
UTBM vi nhú	4	2,6
UTBM tế bào nhân	3	1,9
UTBM tuyến răng cưa	2	1,3
Tổng	156	100

Nhận xét: Các típ mô bệnh học gặp trong nghiên cứu gồm có: UTBM tuyến thông thường, típ nhầy, típ mặt sàng, típ vi nhú, típ tế bào nhân, và típ răng cưa. Trong đó, UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao với 80,1%, đứng thứ hai là UTBM nhầy mặc dù có tỷ lệ thấp là 10,3%, tiếp theo là 3 típ mô học mới: UTBM tuyến mặt sàng với 3,8%, UTBM tuyến vi nhú với 2,6%, típ răng cưa là 1,3%.

3.2. Đặc điểm độ xâm lấn của u

Bảng 2. Đặc điểm xâm lấn của UTBM đại trực tràng

Độ xâm lấn	n	%
T1	2	1,3
T2	36	23,1
T3	94	60,3
T4	24	15,4
Tổng	156	100

Nhận xét: UTBM đại trực tràng xâm lấn dưới thanh mạc (T3) chiếm tỷ lệ cao nhất (60,3%), xâm lấn lớp cơ (T2) chiếm tỷ lệ 23,1%; tiếp theo là xâm lấn ra ngoài thanh mạc (T4) chiếm 15,4% và xâm lấn lớp dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,3%.

3.3. Đặc điểm di căn hạch của UTBM đại trực tràng

Bảng 3. Đặc điểm di căn hạch của UTBM đại trực tràng

Di căn hạch	n	%
N0	83	53,2
N1	59	37,8
N2	14	9,0
Tổng	156	100

Nhận xét: Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân không có di căn hạch (53,2%). Trong nhóm bệnh nhân có di căn hạch thì số bệnh nhân di căn ≤ 3 hạch chiếm tỷ lệ 37,8% và 9,0% trường hợp di căn > 3 hạch.

3.4. Đặc điểm di căn xa của UTBM đại trực tràng

Bảng 4. Đặc điểm di căn xa của UTBM đại trực tràng

Giai đoạn M	n	%
M0	142	91,0
M1a	9	5,8
M1b	1	0,6
M1c	4	2,7
Tổng	156	100

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu chưa có di căn xa (91,0%). Trong 14 bệnh nhân có di căn xa thì di căn tới một vị trí (M1a) có tỷ lệ cao hơn số bệnh nhân có di căn phức tạp (M1c), với tỷ lệ tương ứng là 5,8% và 2,7%. Số bệnh nhân di căn hai vị trí không có di căn phức tạp có tỷ lệ thấp nhất với 0,6%.

3.5. Mối liên quan giữa tít mô bệnh học và độ xâm lấn

Bảng 5. Mối liên quan giữa tít mô bệnh học và độ xâm lấn

Độ xâm lấn \ Tít MBH	T1		T2		T3		T4		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tuyến thông thường	1	0,8	27	21,6	78	62,4	19	15,2	0,024 < 0,05
Nhảy	0	0	5	31,2	7	43,8	4	25,0	
Tế bào nhân	0	0	0	0	3	100	0	0	
Mặt sàng	0	0	2	33,3	3	50,0	1	16,7	
Vi nhú	0	0	1	25,0	3	75,0	0	0	
Răng cưa	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	
Tổng	2	1,3	36	23,1	94	60,3	24	15,4	

Nhận xét: Giai đoạn T1, UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ 0,8% và tít răng cưa chiếm tỷ lệ 50,0%. Độ xâm lấn T2 có tỷ lệ cao nhất ở tít răng cưa với 50%, giảm dần theo các tít mặt sàng, nhảy, vi nhú, tuyến thông thường (tỷ lệ tương ứng là 33,3%; 31,2%; 25,0%; 21,6%). Độ xâm lấn T3 có tỷ lệ cao nhất ở tít tế bào nhân và vi nhú. Tuy nhiên ở T4, tít nhảy chiếm ưu thế với tỷ lệ cao nhất (25,0%), đứng thứ hai là tít mặt sàng (16,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.6. Mối liên quan giữa tít mô học và di căn hạch

Bảng 6. Mối liên quan giữa tít mô học và di căn hạch

Di căn hạch \ Tít MBH	N0		N1		N2		p
	n	%	n	%	n	%	
Tuyến thông thường	74	59,2	40	32,0	11	8,8	0,025 < 0,05
Nhảy	2	12,5	13	81,2	1	6,2	
Tế bào nhân	1	33,3	1	33,3	1	33,3	
Mặt sàng	3	50,0	2	33,3	1	16,7	
Vi nhú	1	25,0	3	75,0	0	0	
Răng cưa	2	100	0	0	0	0	
Tổng	83	53,2	59	37,8	14	9,1	

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm không di căn hạch N0 có tỷ lệ cao ở UTBM tuyến thông thường với 59,2%; các tít vi nhú, nhảy, vi nhú, mặt sàng hầu hết đều có di căn hạch. Trong nhóm có di căn hạch N1 thì các tít nhảy, vi nhú, nhân và mặt sàng này cũng có tỷ lệ cao nhất

(tương ứng là 81,2%; 75,0%; 33,3%). Tuy nhiên, trong nhóm di căn hạch N2, tế bào nhân chiếm tỷ lệ cao nhất, đứng thứ hai là tít mặt sàng, thứ ba là UTBM tuyến thông thường và không ghi nhận trường hợp nào của tít vi nhú, răng cưa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.7. Mối liên quan giữa di căn xa và tít mô học

Bảng 7. Mối liên quan giữa di căn xa và tít mô học

Tít MBH	M0		M1a		M1b		M1c		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tuyến	118	91,9	6	4,8	0	0	1	0,8	0,034 < 0,05
Nhảy	15	89,3	0	0	0	0	1	6,2	
Nhân	2	66,7	0	0	0	0	1	33,3	
Mặt sàng	2	33,3	2	0	1	16,7	1	16,7	
Vi nhú	3	75,0	2	33,3	0	0	0	0	
Răng cưa	2	100,0	0	0	0	0	0	0	
Tổng	142	91,0	9	5,8	0	0	4	2,6	

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận 14 trường hợp (9,0%) có di căn xa. Trong nhóm di căn một vị trí M1a, UTBM thể vi nhú có tỷ lệ di căn một vị trí cao hơn tít tuyến thông thường (tương ứng là 33,3% và 4,8%). Tuy nhiên, trong nhóm di căn phức tạp M1c, tít nhân chiếm ưu thế với tỷ lệ 33,3% so với UTBM tuyến thông thường là 0,8%; mặt sàng và nhảy chiếm tỷ lệ lần lượt là 16,7% và 6,2%. Trong nhóm di căn hai vị trí không có di căn phức tạp, chỉ có 01 trường hợp ở tít mặt sàng chiếm 16,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm các tít mô bệnh học

UTBM tuyến tít thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 80,1%, sau đó là UTBM tuyến nhảy 10,3%, các tít mô học khác chiếm tỷ lệ thấp từ 1 đến 4%. Nghiên cứu của Đặng Trần Tiến cho thấy tỷ lệ UTBM tuyến là 84% [3]. Nghiên cứu của Chu Văn Đức năm 2015 cho thấy UTBM tuyến chiếm tỷ lệ 87,9%, sau đó là UTBM tuyến nhảy 6,9%, UTBM tế bào nhân chiếm 1,7% và ung thư thể tủy chiếm 0,6% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào là UTBM thể tủy và không biệt hóa, có 1,9% là UTBM tế bào nhân. Một trong các điểm mới trong phân loại của WHO năm 2010 so với các phân loại cũ là sự bổ sung 3 tít mô học mới: UTBM tuyến dạng sàng, UTBM tuyến răng cưa và UTBM vi nhú [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các tít này lần lượt là 3,8%; 1,3%; 2,6%. UTBM vi nhú cũng được mô tả trong các cơ quan khác như tuyến vú, phổi, bàng quang, buồng trứng.

4.2. Đặc điểm về độ xâm lấn

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp xâm lấn lớp dưới niêm mạc (T1) chiếm tỷ lệ 1,3%; 36 trường hợp xâm lấn lớp cơ (T2) chiếm 23,1%; 94 trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3) chiếm 60,3% và 24 trường hợp mô u phá vỡ thanh mạc (T4) chiếm 15,4%. Theo Chu Văn Đức, u xâm nhập lớp niêm mạc chiếm 1,2% [4]. Nghiên cứu của Betge cho thấy u ở T1 chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,3%, u ở T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 57,2% [6]. Các nghiên cứu đều cho kết quả chung là u ở giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ chủ yếu, thấp nhất là giai đoạn T1, điều đó cũng cho thấy u được phát hiện chủ yếu ở giai đoạn muộn.

4.3. Đặc điểm di căn hạch

Số lượng hạch di căn là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất và là chỉ số chính quyết định điều trị hóa chất bổ trợ [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh

nhân có di căn hạch là 74/156 chiếm tỷ lệ 47,5% trong đó tỷ lệ N1 (di căn ≤ 3 hạch) là 38,5% và N2 (di căn ≥ 4 hạch) là 9,0%. Nhiều nghiên cứu cũng đánh giá độ mô học, sự xâm lấn, số lượng di căn hạch là các yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTĐTT [7], [8]. Sự trao đổi thông tin giữa bác sĩ phẫu thuật và nhà giải phẫu bệnh là luôn cần thiết để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, đưa đến phác đồ điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

4.4. Đặc điểm di căn xa

Xét trong những trường hợp có di căn xa thì 9 trường hợp (5,8%) di căn một vị trí (M1a), 04 trường hợp (2,7%) có di căn phức tạp (M1c), di căn hai vị trí không kèm theo di căn phức tạp (M1b) có tỷ lệ thấp nhất với 01 trường hợp (0,6%). Nhiều tác giả đã đánh giá đặc điểm di căn xa của bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Balta và cộng sự (2014) ghi nhận 25% trường hợp có di căn xa trên 439 bệnh nhân [9], tỷ lệ này khá cao so với nghiên cứu của chúng tôi. Nguyễn Quang Thái (2019) nghiên cứu trên 109 bệnh nhân UTBM trực tràng chỉ ghi nhận 02 trường hợp (1,9%) có di căn xa và đều là di căn gan [1], [10]. Nguyễn Thị Phương Thảo (2019) ghi nhận trên ung thư đại trực tràng giai đoạn IV cho biết 82,2% di căn một vị trí và 17,8% di căn nhiều vị trí [1], [11].

4.5. Mối liên quan giữa tít mô bệnh học và độ xâm lấn

Giai đoạn T1, UTBM tít răng cưa chiếm tỷ lệ 50,0%. Độ xâm lấn T2 có tỷ lệ cao nhất ở tít răng cưa với 50%, giảm dần theo các tít mặt sàng, nhày, vi nhú, tuyến thông thường. Độ xâm lấn T3 có tỷ lệ cao nhất ở tít tế bào nhẵn và vi nhú. Tuy nhiên ở T4, tít nhày chiếm ưu thế với tỷ lệ cao nhất (25,0%), đứng thứ hai là tít mặt sàng (16,7%). Nagtegaal và cộng sự (2015) nghiên cứu sự liên quan của mô học với tiên lượng của khối u cho thấy các tít nhày, tế bào nhẵn và tít vi nhú có độ xâm lấn T tăng còn tít răng cưa thì không có sự khác biệt so với UTBM tuyến thông thường [12].

4.6. Mối liên quan giữa tít mô học và di căn hạch

Nghiên cứu ghi nhận nhóm không di căn hạch N0 có tỷ lệ cao ở UTBM tuyến thông thường với 59,2%; các tít vi nhú, nhày, vi nhú, mặt sàng hầu hết đều có di căn hạch. Trong nhóm có di căn hạch N1 thì các tít nhày, vi nhú, nhẵn và mặt sàng này cũng có tỷ lệ cao nhất (tương ứng là 81,2%; 75,0%; 33,3%). Tuy nhiên, trong nhóm di căn hạch N2, tế bào nhẵn chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), đứng thứ hai là tít mặt sàng (16,6%), thứ ba là UTBM tuyến thông thường (8,8%) và không ghi nhận trường hợp nào của tít vi nhú, răng cưa. So với nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thanh Tâm (2010), tác giả ghi nhận tỷ lệ di căn hạch của tít nhày và tít tế bào nhẵn đều ở mức cao là 66,7% và 75% [14]. Theo Sung và cộng sự (2008), UTBM tít tế bào nhẵn có tỷ lệ di căn hạch cao với 77% ở giai đoạn N2 và 11% ở N1, còn UTBM tít nhày có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn nhưng giai đoạn N2 cũng có tỷ lệ cao hơn N1 (28% và 21%) [13].

4.7. Mối liên quan giữa tít mô học và di căn xa

Nghiên cứu ghi nhận 14 trường hợp (9,0%) có di căn xa. Trong nhóm di căn một vị trí M1a, UTBM thể vi nhú có tỷ lệ di căn một vị trí cao hơn tít tuyến thông thường (tương ứng là 33,3% và 4,8%). Tuy nhiên, trong nhóm di căn phức tạp M1c, tít nhẵn chiếm ưu thế với tỷ lệ 33,3% so với UTBM tuyến thông thường là 0,8%; mặt sàng và nhày chiếm tỷ lệ lần lượt là 16,7% và 6,2%. Trong nhóm di căn hai vị trí không có di căn phức tạp, chỉ có 01 trường hợp ở tít mặt sàng chiếm 16,7%. Razenberg cho thấy UTBM tuyến chiếm 70%, UTBM nhày chiếm

22% và UTBM tế bào nhân chiếm 7% [15], kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ UTBM tuyến thông thường và tấp nhầy trong các giai đoạn di căn.

V. KẾT LUẬN

Khi khảo sát 154 bệnh nhân UTĐTĐ cho thấy: UTBM tuyến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 80,1%; độ xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 60,3%. Tỷ lệ di căn hạch là 47,5%; tỷ lệ di căn xa là 9,0%. Có mối liên quan giữa tấp mô bệnh học với độ xâm lấn và di căn hạch với $p < 0,05$. Có mối liên quan giữa tấp mô bệnh học và độ di căn, cụ thể, trong nhóm di căn một vị trí M1a, UTBM vi nhú có tỷ lệ di căn một vị trí cao hơn tấp tuyến thông thường. Tuy nhiên, trong nhóm di căn phúc mạc M1c, tấp nhân chiếm ưu thế với tỷ lệ 33,3% so với UTBM tuyến thông thường với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal AJ. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2018. 68(6), 394-424, doi: 10.3322/caac.21492
2. Trần Thắng. Nghiên cứu áp dụng hóa trị hỗ trợ phác đồ FUFA trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng. Luận án tiến sĩ y học: Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
3. Đặng Trần Tiên. Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại trực tràng. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2007. 11(3), 86-8.
4. Chu Văn Đức. Nghiên cứu bộc lộ một số dấu ấn hóa mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng. Luận Án tiến sĩ: Đại học Y Hà Nội. 2015.
5. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO classification of tumors of the digestive system: World Health Organization. 2010.
6. Betge J, Pollheimer MJ, Lindtner RA, Kornprat P, Schlemmer A, Rehak P, et al. Intramural and extramural vascular invasion in colorectal cancer: prognostic significance and quality of pathology reporting. 2012. 118(3), 628-38, doi: 10.1002/cncr.26310.
7. Priolli D, Cardinalli IA, Pereira JA, Alfredo CH, Margarido NF, Martinez CR. Metastatic lymph node ratio as an independent prognostic variable in colorectal cancer: study of 113 patients. 2009. 13, 113-21, doi: 10.1007/s10151-009-0467-5.
8. Marzouk O, Schofield JJC. Review of histopathological and molecular prognostic features in colorectal cancer. 2011. 3(2), 2767-810, doi: 10.3390/cancers3022767.
9. Balta AZ, Özdemir Y, Sücüllü İ, Derici ST, Bağcı M, Demirel D, et al. Can horizontal diameter of colorectal tumor help predict prognosis? 2014. 30(3), 115, doi: 10.5152/UCD.2014.2701.
10. Nguyễn Quang Thái. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện K. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2019. 1, 327-33.
11. Nguyễn Thị Phương Thảo. Đánh giá kết quả phác đồ Bevacizumab phối hợp Xelox trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn IV. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, . 2019. 1, 339-43.
12. Nagtegaal ID, Hugen NJ. The increasing relevance of tumor histology in determining oncological outcomes in colorectal cancer. 2015. 11, 259-66, doi: 10.1007/s11888-015-0280-7.
13. Sung CO, Seo JW, Kim K-M, Do I-G, Kim SW, Park C-K. Clinical significance of signet-ring cells in colorectal mucinous adenocarcinoma. 2008. 21(12), 1533-41, doi: 10.1038/modpathol.2008.170.
14. Nguyễn Thanh Tâm. Nghiên cứu tổn thương hạch trong ung thư biểu mô đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn. 2010.
15. Razenberg LG, van Gestel YR, Lemmens VE, de Wilt JH, Creemers G-J, de Hingh IH. The prognostic relevance of histological subtype in patients with peritoneal metastases from colorectal cancer: a nationwide population-based study. 2015. 14(4), e13-e9, doi: 10.1016/j.clcc.2015.05.011.