

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ U NHẦY BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Nga<sup>1,✉</sup>, Nguyễn Quốc Tuấn<sup>2</sup>, Lê Thị Hương Lan<sup>3</sup>,

Nguyễn Thanh Tùng<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

*U nhầy buồng trứng đại diện cho một loạt các rối loạn tân sinh. U nhầy là loại u dễ tái phát và có khả năng biến chứng nguy hiểm nếu xử trí không đúng dù là lành tính. Nghiên cứu hồi cứu 240 hồ sơ bệnh án bệnh nhân u nhầy buồng trứng đã được phẫu thuật. Kết quả: 74,6% u nhầy lành tính, giáp biên 10,4%, ác tính 15,0%, tuổi  $\geq 50$  có tỷ lệ ác tính cao 25,0%. Triệu chứng đau bụng hay gặp 48,5%, bụng to lên nhanh và gầy sút cân là dấu hiệu gợi ý ác tính. Nếu U nhầy có đặc điểm: ở hai bên, kích thước từ 16 - 20cm, không di động, mật độ không đều, cứng chắc có tỷ lệ ác tính cao. Trên siêu âm hình ảnh âm vang hỗn hợp có tỷ lệ ác tính cao 63,0%. U nhầy lành tính có tỷ lệ mổ nội soi thành công cao 72,2%, u ác tính thường mổ mở 61,1%. Tỷ lệ bóc u 33,3%, cắt bỏ buồng trứng chung 66,3%. Kết quả điều trị tốt: 78,7%.*

**Từ khóa:** U nhầy buồng trứng, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một trong những bất thường khá phổ biến của buồng trứng. Tỷ lệ u buồng trứng là 3,6% trong các khối u sinh dục, trong đó u nhầy buồng trứng chiếm tỷ lệ khoảng 20% và có xu hướng gia tăng<sup>1</sup>, với tần xuất gặp cao hơn ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. U buồng trứng thường không có dấu hiệu lâm sàng điển hình, các triệu chứng thường nghèo nàn do đó chỉ được phát hiện khi có biến chứng như u to lên nhanh, xoắn hoặc khi ác tính thì lúc đó cũng thường là giai đoạn muộn khiến cho việc điều trị khó khăn và tiên lượng rất tồi nên ung thư buồng trứng luôn được coi như “kẻ giết người thầm lặng”.<sup>2</sup> U nhầy là loại u buồng trứng dạng tế bào biểu mô, nếu như u biểu mô thường gặp ở các phụ nữ lớn tuổi, sau mãn kinh với tuổi trung bình là 56 tuổi, trong đó

thường gặp nhất là từ 60 - 65 tuổi thì u nhầy (mucinous tumours) lại thường gặp ở các phụ nữ trẻ hơn với tuổi trung bình từ 30 - 50 tuổi (chiếm 80% các ca u nhầy) và u nhầy buồng trứng chiếm khoảng 20 - 25% tất cả các loại u buồng trứng lành tính với đặc điểm thường gặp là khối u có kích thước lớn, thường chỉ có 1 bên buồng trứng hiếm khi có cả hai bên (chỉ 2 - 5% có cả hai bên).<sup>3</sup> U nhầy buồng trứng có tiên lượng khá là tốt vì có tới 75% là lành tính, 10 % là giáp biên và chỉ có 15% là ác tính với tuổi thường gặp trung bình cao hơn một chút là từ 40 - 50 tuổi.<sup>2</sup> Tuy nhiên, thái độ xử trí ngay cả với các u nhầy lành tính lại thường đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật khá triệt để với bên buồng trứng bị u vì khả năng tái phát cao nếu bóc bỏ tồn và khối u thường lớn<sup>2</sup>. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào cụ thể về u nhầy buồng trứng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và xử trí u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Nga

Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

Email: nguyennga.ydtn@gmail.com

Ngày nhận: 14/09/2021

Ngày được chấp nhận: 13/10/2021

sàng của u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

2. Thái độ xử trí u nhầy buồng trứng ở nhóm bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

240 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân nhầy buồng trứng được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2016 - 31/12/2020.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin nghiên cứu về bệnh nhân u buồng trứng đã được điều trị phẫu thuật, với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u nhầy buồng trứng.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Những hồ sơ bệnh nhân u nhầy buồng trứng đã được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.

### 2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

*Cỡ mẫu nghiên cứu:* Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang<sup>4</sup>:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times \frac{p \times q}{d^2}$$

n: số bệnh nhân cần cho nghiên cứu.

$p = 0,19, q = 1 - p = 0,81, Z_{1-\alpha/2} = 1,96, d = 0,05$ .

Với  $p = 0,19$  là tỷ lệ u nhầy buồng trứng trong tổng số u buồng trứng thực thể<sup>5</sup>

$n = 236,5$ . Chúng tôi lấy làm tròn 240 đối tượng nghiên cứu.

*Cách chọn mẫu:* Chọn mẫu có chủ đích là tất cả các hồ sơ bệnh nhân sau mổ có kết quả giải phẫu bệnh là u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu thì dừng lại.

*Các biến số, chỉ số nghiên cứu:* Triệu chứng cơ năng, kích thước, mật độ, di động của khối u, siêu âm, phương pháp và cách thức phẫu thuật, biến chứng trong và sau mổ, kết quả điều trị...

*Các bước tiến hành:* thu thập số liệu theo mẫu phiếu nghiên cứu có sẵn.

*Phân tích số liệu:* Các số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 16.0. Sử dụng thuật toán  $\chi^2$  để kiểm định khi so sánh các tỷ lệ. Mức ý nghĩa thống kê  $< 0,05$ , độ tin cậy 95%.

*Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Phụ Ngoại và Khoa Phụ Ung thư Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

**3. Đạo đức nghiên cứu:** Đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo QĐ số 527/CN - PSTW ngày 11 tháng 08 năm 2020.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u nhầy buồng trứng

**Bảng 1. Liên quan giữa triệu chứng cơ năng với giải phẫu bệnh**

Triệu chứng	Giải phẫu bệnh			Tổng (n,%)	P
	Lành tính (n,%)	U giáp biên (n,%)	Ác tính (n,%)		
Không có triệu chứng	89(72,4%)	17(13,8%)	17(13,8%)	123(51,2%)	p < 0,05
Đau bụng	80(68,3%)	18(15,4%)	25(21,3%)	117(48,5%)	
Rối loạn kinh nguyệt	47(62,6%)	11(14,7%)	17(22,7%)	75(31,3%)	
Táo bón	14(53,8%)	2(7,6%)	10(41,6%)	26(10,8%)	

Triệu chứng	Giải phẫu bệnh			Tổng (n,%)	P
	Lành tính (n,%)	U giáp biên (n,%)	Ác tính (n,%)		
Tiểu khó	9(37,5%)	2(8,3%)	13(54,2%)	24(10,0%)	p < 0,05
Chướng bụng (tức bụng)	25(27,7%)	20(22,3%)	45(50,0%)	90(37,5%)	
Bụng to lên	25(28,4 %)	20(22,7)%	43(48,9%)	88(33,6%)	
Gầy sút	1(4,5%)	1(4,5%)	20(90,1%)	22(9,2%)	

Trong số các bệnh nhân có triệu chứng cơ năng thì triệu chứng nổi bật là đau bụng âm ỉ vùng hạ vị có tỷ lệ 48,5%, bụng to lên 33,6% u nhầy ác tính có dấu hiệu đau bụng hạ vị là 21,3%. Gầy sút cân 9,2%. Không có triệu chứng 51,2%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng khối u theo giải phẫu bệnh**

Vị trí U	Giải phẫu bệnh			Tổng	P
	Lành tính (n,%)	U giáp biên(n,%)	Ác tính (n,%)		
Bên phải	75(72,1%)	10(9,6%)	19(18,3%)	104(43,3%)	p < 0,05
Bên trái	91(82,0%)	12(10,8%)	8(7,2%)	111(46,2%)	
Cả hai bên	13(52,0%)	3(12,0%)	9(36,0%)	25(10,4%)	
<b>Kích thước khối u</b>					
< 5 cm	11(6,1%)	1(4,0%)	0(0,0%)	12(5,0%)	p > 0,05
5 - 9cm	47(26,2%)	2(8,0%)	4(11,1%)	53(15,6%)	
10 - 15 cm	27(15,1)	1(4,0%)	6(16,7%)	34(14,1%)	
16 - 20 cm	51(28,4%)	7(28,0%)	14(38,9%)	72(30,0%)	
> 20 cm	43(24,0%)	14(58,0%)	12(33,3%)	69(28,7%)	
<b>Tính chất di động</b>					
Di động được	123(96,9%)	2(1,55%)	2(1,55%)	127(52,9%)	p < 0,001
Hạn chế di động	11(36,6%)	8(26,6%)	11(36,6%)	30(12,5%)	
Không di động	45(60,8%)	15(20,2%)	23(31,0%)	83(34,6%)	
Tổng	179(74,6%)	25(10,4%)	36(15,0%)	240(100,0%)	

Có 10,4% gặp u nhầy ở cả hai bên buồng trứng, nhưng chỉ có 52% trong nhóm này là lành tính còn có tới 36,0% là ác tính. Các khối u có kích thước nhỏ hơn 10 cm thường có xu hướng lành tính. Tỷ lệ ác tính có xu hướng tăng lên khi khối u càng to nhưng sự khác biệt này không thật sự có ý nghĩa thống kê ngay cả ở nhóm u có ở cả 2 buồng trứng. Khối u nhầy buồng trứng có tính chất hạn chế di động hoặc không di động có tỷ lệ ác tính lần lượt là 36,6% và 31,0%. Với p < 0,001 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

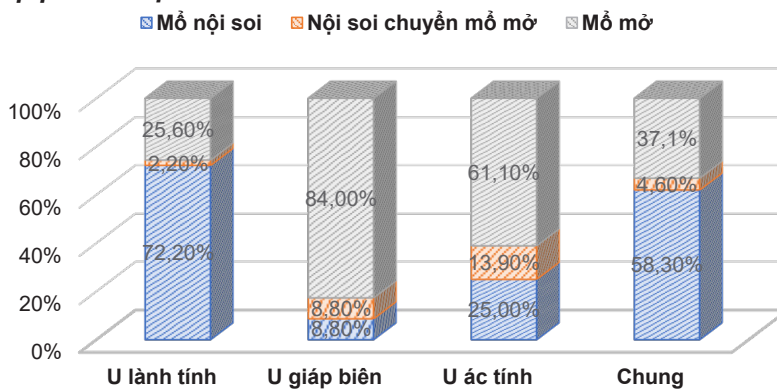
**\* Đặc điểm cận lâm sàng**

Giải phẫu bệnh: Kết quả giải phẫu bệnh của 240 bệnh nhân bị u nhầy buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy: u nhầy buồng trứng lành tính chiếm 74,6%, u nhầy giáp biên 10,4% và u nhầy ác tính là 15,0%.

**Bảng 3. Đặc điểm cấu trúc u nhầy buồng trứng trên siêu âm theo giải phẫu bệnh**

Cấu trúc trên siêu âm	Giải phẫu bệnh			Tổng	p
	Lành tính (n,%)	U giáp biên(n,%)	Ác tính (n,%)		
Thừa âm vang đồng nhất	35(97,2%)	0(0,0%)	1(2,8%)	36(15,0%)	p < 0,001
Thừa âm vang không đồng nhất	120(84,5%)	14(9,9%)	8(5,6%)	142(59,2%)	
Tăng âm vang	4(50,0%)	0(0,0%)	4(50,0%)	8(3,3%)	
Âm vang hỗn hợp	20(37,0%)	11(20,4%)	23(42,6%)	54(22,5%)	
Tổng	179(74,6%)	25(10,4%)	36(15,0%)	240(100,0%)	
<b>Có kèm hình ảnh, vách nhú bờ không đều</b>					
Có	107(64,5%)	24(14,5%)	35(21,1%)	166(69,2%)	p < 0,001
Không	72(97,2%)	1(1,4%)	1(1,4%)	74(30,8%)	
Tổng	179(74,6%)	25(10,4%)	36(15,0%)	240(100,0%)	

U nhầy buồng trứng lành tính thường gặp trên siêu âm với hình ảnh thừa âm đồng nhất hoặc không đồng nhất dạng dịch nhầy chiếm tỷ lệ tương ứng 97,2% và 84,5%. U nhầy buồng trứng ác tính thường thấy có mật độ hỗn hợp âm 63,0%, và tăng âm vang dạng đặc 50,0%.

**2. Thái độ xử trí u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương****Phương pháp phẫu thuật****Biểu đồ 1. Phương pháp phẫu thuật**

Tỷ lệ mổ nội soi thành công nhóm u nhầy lành tính là 72,2%, nhóm u ác tính có tỷ lệ mổ mở 61,1%. Với  $p < 0,001$  có mối liên quan giữa kết quả giải phẫu bệnh và phương pháp phẫu thuật.

**Bảng 4. Cách thức phẫu thuật giải quyết khối u**

Cách thức phẫu thuật	Phẫu thuật lần 1		Phẫu thuật lần 2 sau gpb		Tổng
	n	%	n	%	
Không can thiệp	1	0,4%			1(0,4%)
Bóc u buồng trứng	82	34,1%			80(33,3%)
Cắt buồng trứng	135	56,3%			132(55,0%)
Cắt tử cung, phần phụ, mạc nối...	22	9,2%	5	2,0%	27(11,3)
Tổng	240	100,0%		240(100,0%)	240(100,0%)

Cách thức phẫu thuật khối u nhầy ở lần 1: 56,3% cắt buồng trứng có u, 34,1% là bóc u bảo tồn buồng trứng, 9,2% cắt triệt để cả tử cung, phần phụ. Sau mổ 5 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính, ở lần mổ 1 chỉ bóc u hoặc cắt buồng trứng, đã được chỉ định cắt toàn bộ tử cung, phần phụ ở lần 2. Sau mổ lần 2 tỷ lệ cắt buồng trứng chung u nhầy là 66,3%.

## V. BÀN LUẬN

Trong tổng số 240 bệnh nhân u nhầy buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy: có 51,2% u nhầy buồng trứng là không có triệu chứng dù tỷ lệ buồng trứng to > 20cm chiếm khoảng trên 1/4 các trường hợp, và tỷ lệ ác tính trong nhóm đó là 13,8%. Triệu chứng nổi bật là đau bụng âm ỉ vùng hạ vị 48,5%. Rối loạn kinh nguyệt 31,3%, bệnh nhân thấy bụng to lên 33,6%. Có 22 bệnh nhân thấy dấu hiệu gầy sút cân chiếm 9,2%, đây là dấu hiệu đáng được lưu ý với bệnh nhân có u buồng trứng. Rối loạn kinh nguyệt lại không phải là triệu chứng hay gặp, nhưng trong nghiên cứu cũng chiếm tới 1/3 số bệnh nhân với tỷ lệ ác tính 22,7%. Ngoài ra do kích thước khối u nhầy thường to bệnh nhân có thể táo bón, hoặc rối loạn tiểu tiện do chèn ép, thấy ở 10% bệnh nhân.<sup>6</sup> Các khối u nhầy buồng trứng thường biểu hiện các triệu chứng lâm sàng thứ phát của một khối u có kích thước lớn vùng tiểu khung lệch sang một bên gây chèn ép như là đau, đầy bụng, hoặc sờ thấy khối vùng hạ vị<sup>6</sup>.

Đối với các trường hợp u nhầy buồng trứng ác tính thì triệu chứng khó chịu ở bụng như nặng bụng, đầy bụng và bụng to hơn, gầy sút cân là những triệu chứng thường gặp, có thể ra huyết âm đạo bất thường, táo bón, đi tiểu khó do u lớn chèn ép vào thành trực tràng và đường tiết niệu.<sup>6</sup>

Về đặc điểm lâm sàng của u nhầy chúng tôi nhận thấy: u nhầy có ở cả hai bên buồng trứng 10,4% trường hợp, với tỷ lệ ác tính trong nhóm này là 36,0%. U nhầy hai bên chiếm 5 - 7%,<sup>8</sup> các khối u cả hai bên buồng trứng tỷ lệ lành tính trong 5 - 10% các trường hợp. Hầu hết các u nhầy buồng trứng là 1 bên với 79%, u nhầy buồng trứng ở 2 bên có tỷ lệ ác tính 21,3%, u nhầy giáp biên ở hai bên là 7,0%.<sup>7</sup> Theo dõi 144 bệnh nhân u nhầy buồng trứng loại ác tính thấp, các tác giả nhận thấy tỷ lệ tái phát 4,2%. Các u nang nhầy buồng trứng tái phát thường gặp ở hai bên, kích thước tối đa < 10cm và ở giai đoạn tiến triển.<sup>8</sup> Khi so sánh ung thư biểu mô chế nhầy nguyên phát với di căn thì

ung thư biểu mô chế nhày nguyên phát ít có khả năng ở hai bên (0 - 17%) hơn nhiều so với ung thư biểu mô chế nhày do di căn đến buồng trứng (75 - 77%). Trong một loạt các nghiên cứu tác giả cũng cho rằng, một khối u một bên kích thước lớn hơn 10cm, đã dự đoán chính xác nguồn gốc buồng trứng nguyên phát trong 82% trường hợp. Ở những bệnh nhân có khối u nhỏ hơn 10cm, dự đoán bệnh do di căn chính xác trong 95% trường hợp.<sup>9</sup>

Đặc điểm về kích thước u chúng tôi nhận thấy u có kích thước thường lớn từ 16 - 20cm hay gặp với tỷ lệ 30,0%, u nhày ác tính cũng hay gặp ở nhóm kích thước này. Các khối u nhày buồng trứng ác tính nguyên phát kích thước trung bình 16 - 20cm ( giới hạn từ 5 - 48cm) thường 1 bên, so với 11 - 12cm (giới hạn 2 - 24cm) đối với ung thư nhày di căn<sup>5</sup>. U nhày buồng trứng có kích thước trung bình lớn hơn u dịch trong và là loại u lớn nhất trong các u buồng trứng, đôi khi lấp đầy khoang chậu và chèn ép vào khoang bụng. U dạng bọc, mặt ngoài láng, mặt trong có nhiều vách ngăn chia u thành nhiều thùy chứa dịch nhày đặc giống keo. Hầu hết các u biểu mô buồng trứng nói chung và u nhày buồng trứng lành tính nói riêng đều có vỏ ngoài nhẵn bóng, số có sùi hoặc dính rất ít<sup>10</sup>. Những trường hợp dính có nguy cơ là các ung thư xâm lấn vào phúc mạc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Do vậy, tính chất bề mặt ngoài đi cùng với khả năng di động của u luôn có giá trị gợi ý là u lành hay ác tính.

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy: tỷ lệ u nhày buồng trứng lành tính 74,6%, u giáp biên 10,4% và ác tính là 15,0%. U giáp biên không phải là u lành vì đặc tính tái phát, và u giáp biên cũng không phải là u ác tính vì không xâm lấn và không di căn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp u nhày buồng trứng ác tính có nguồn gốc do di căn từ ung thư nguyên phát

là ung thư dạ dày (có tên gọi là u Krukenberg) và 1 trường hợp do di căn từ ung thư đại tràng khi được phát hiện bệnh nhân đã ở giai đoạn muộn. Theo các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, trong các trường hợp u buồng trứng ác tính, thì 20% là ung thư tuyến dịch nhày.<sup>11</sup> U dịch nhày buồng trứng thường chiếm tỷ lệ 15 - 25% tất cả các u buồng trứng trong đó 80% lành tính, 10% giáp biên và 10% là ác tính<sup>4</sup>. U dịch nhày ác tính thường chiếm 10% trong các ung thư buồng trứng<sup>11</sup>.

U nhày buồng trứng lành tính thường gặp trên siêu âm với hình ảnh thưa âm đồng nhất hoặc không đồng nhất dạng dịch nhày chiếm tỷ lệ tương ứng 97,2% và 84,5%. U nhày buồng trứng ác tính thường thấy có mật độ hỗn hợp âm 42,6%, tăng âm vang dạng đặc 50,0%. Trên hình ảnh siêu âm cần quan tâm tới các cấu trúc dạng vách nhú, để tiên lượng khả năng ác tính, trong nghiên cứu này, trên siêu âm có hình ảnh vách nhú không đều thì tỷ lệ ác tính là 14,5%, nhưng nếu xét trong các trường hợp ác tính thì 97,2% là có vách, nhú. Như vậy có thể thấy cấu trúc trên siêu âm có mối liên quan với thể bệnh lành tính hay ác tính, với  $p < 0,05$  sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê.

Phương pháp phẫu thuật: 58,3% trường hợp mổ nội soi thành công, 4,6% mổ nội soi thất bại chuyển mổ mở, 37,1% chỉ định mổ mở ngay từ đầu. Lý do các trường hợp u nhày có chỉ định mổ mở hoặc nội soi thất bại phải chuyển mổ mở là do kích thước u thường to, choán hết cả bụng, hoặc do dính vì có tiền sử mổ cũ, hoặc do nghi ngờ tổn thương ác tính nên bệnh nhân được chỉ định mổ mở. Đây chính là điều khác biệt trong phẫu thuật giữa u nhày buồng trứng với các loại mô bệnh học u buồng trứng khác. Trong phẫu thuật các bác sỹ sẽ quyết định cách thức phẫu thuật cho bệnh nhân như bóc u, chọc hút u nhày, hay cắt cả buồng trứng, cắt tử cung phần phụ, cắt lọc tổ

chức hoại tử, hoặc các can thiệp ngoại khoa khác. Trong phẫu thuật lần 1 có 34,1% trường hợp bóc u bảo tồn buồng trứng, cắt bỏ buồng trứng bên có u là 56,3%, cắt tử cung, phần phụ mạc nối... là 9,2%. Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính có 5 trường hợp trong đó có 2 trường hợp là bóc u và 3 trường hợp cắt buồng trứng trong lần phẫu thuật 1, đã được chỉ định mổ lần 2 để cắt tử cung và phần phụ bên còn lại sau đó được hóa chất. Như vậy sau mổ lần 2 tỷ lệ cắt buồng trứng chung là 66,3%. Có 01 trường hợp mổ mở phẫu thuật viên không can thiệp do di căn khắp ổ bụng, đây là trường hợp khối u nhầy buồng trứng được xác định do di căn từ ung thư dạ dày nguyên phát. Các khối u có vi xâm lấn có tỷ lệ tái phát là 5%, vì vậy đây có thể là cơ sở đưa ra các khuyến cáo cho việc xử trí với u nhầy buồng trứng, để tránh tái phát, giảm nguy cơ ung thư hóa nên cắt cả buồng trứng kèm khối u<sup>12</sup>.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ gặp 9 trường hợp chiếm 3,8%, trong đó có 4 trường hợp chảy máu, 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 3 trường hợp tổn thương các tạng (ruột, trực tràng). Trong số 4 trường hợp chảy máu có 1 bệnh nhân chảy máu trong ổ bụng do tổn thương động mạch thượng vị nông, phát hiện sau 4 giờ phẫu thuật, bệnh nhân đã được tiến hành mổ lại sau đó và được truyền 4 đơn vị hồng cầu khối. 1 trường hợp chảy máu móm cắt chỉ dính mổ lại đốt cầm máu và truyền 9 đơn vị hồng cầu. 3 trường hợp còn lại là chảy máu chân Trocas. Các trường hợp đều được xử trí ổn định. Kết quả điều trị tốt 78,8% khi ra viện.

## V. KẾT LUẬN

U nhầy buồng trứng thường không có triệu chứng. Nếu có thì đau bụng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của u nhầy, bụng to lên nhanh, và gầy sút cân là dấu hiệu gợi ý u nhầy ác tính. U nhầy có đặc điểm xuất hiện cả hai bên buồng trứng, kích thước từ 16 - 20cm, hạn

chế hoặc không di động, mật độ chắc, không đều kèm theo đau khi thăm khám hoặc có dịch cùng đồ thì nguy cơ ác tính cao. Trên siêu âm u nhầy có hình ảnh âm vang hỗn hợp có vách, có nhú gợi ý khối u nhầy có nguy cơ ác tính. Trong xử trí u nhầy buồng trứng thường là cắt bỏ buồng trứng bên có u, cho kết quả điều trị tốt, tránh nguy cơ tái phát và ung thư hóa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt ĐTM. “Khối u buồng trứng” Lâm sàng sản phụ khoa. NXB Y học Hà Nội, . 2000, :Tr. 458 - 2472.
2. Liu EQ. [Modified super anterior resection of rectal carcinoma with transpubic approach]. *Zhonghua wai ke za zhi. Chinese journal of surgery*. Sep 1991;29(9):540 - 2, 588.
3. Vũ Bá Quyết. “ Nghiên cứu giá trị của CA125 trong chẩn đoán giai đoạn và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
4. Khoa Y tế công cộng Đại học Y Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng. *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, 2006:2006, 66 - 71,112.
5. Từ Thị Thủy. “ Nhận xét kết quả chẩn đoán và điều trị khối u buồng trứng tại bệnh viện 19 - 8 bộ công an trong 10 năm từ 1999 đến 2008. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội. ; 2009.
6. Raju RR, Goldblum JR, Hart WR. Pagetoid squamous cell carcinoma in situ (pagetoid Bowen's disease) of the external genitalia. *International journal of gynecological pathology : official journal of the International Society of Gynecological Pathologists*. Apr 2003;22(2):127 - 35. doi:10. 1097/00004347 - 200304000 - 00003
7. Rong Y, Li L. Early clearance of serum HE4 and CA125 in predicting platinum sensitivity and prognosis in epithelial ovarian cancer. *Journal*

of ovarian research. Jan 4 2021;14(1):2. doi:10.1186/s13048 - 020 - 00759 - 9

8. Lee KR, Scully RE. Mucinous tumors of the ovary: a clinicopathologic study of 196 borderline tumors (of intestinal type) and carcinomas, including an evaluation of 11 cases with 'pseudomyxoma peritonei'. *The American journal of surgical pathology*. Nov 2000;24(11):1447 - 64. doi:10.1097/00000478 - 200011000 - 00001

9. Yancik R, Ries LG, Yates JW. Ovarian cancer in the elderly: an analysis of Surveillance, Epidemiology, and End Results Program data. *American journal of obstetrics and gynecology*. Mar 1986;154(3):639 - 47. doi:10.1016/0002 - 9378(86)90623 - x

10. Lê Quang Vinh. *Nghiên cứu hình thái học các u biểu mô buồng trứng*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2008.

11. Biçer S, Erkul Z, Demiryilmaz I, Peker N. A 9 - kg ovarian mucinous cystadenoma in a 14 - year - old premenarchal girl. *The American journal of case reports*. Aug 1 2014;15:326 - 9. doi:10.12659/ajcr.890862

12. Marko J, Marko KI, Pachigolla SL, Crothers BA, Mattu R, Wolfman DJ. Mucinous Neoplasms of the Ovary: Radiologic - Pathologic Correlation. *Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*. Jul - Aug 2019;39(4):982 - 997. doi:10.1148/rg.2019180221

## Summary

### CLINICAL, SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF OVARIAN MUCINOUS TUMORS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Ovarian mucinous tumors represent a wide range of neoplastic disorders. Mucinous tumor is a type of ovarian tumor that is easy to recur and has the potential for dangerous complications if it is not properly treated even if it is benign. A retrospective study of 240 medical records of patients with ovarian mucinous tumors who had undergone surgery has revealed that 74.6% are benign mucinous neoplasms, 10.4% are borderline, 15.0% are malignant; age group  $\geq 50$  years old have a high rate of malignancy 25.0%. Symptoms of abdominal pain was common in 48.5%, rapid increase of abdomen size and weight loss were signs of malignancy. Ovarian mucinous tumors with high rate of malignancy were characterized by bilateral, size from 16-20 cm, limited or non-motile, solid density, and firm. On ultrasound, the mixed echo image has a malignancy rate of 63.0%. 72.2% of benign mucinous tumors have a high success rate of laparoscopic surgery, while 61.1% of malignant tumors were often excized by open abdominal surgery. In surgery, the rate of tumor removal was 33.3%, general ovary removal was 66.3%. Good treatment results: 78.7%.

**Keywords:** Ovarian mucinous tumors, National Hospital of Obstetrics and Gynecology