

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF BORDERLINE OVARIAN TUMORS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Ngo Vuong Minh^{1*}, Do Xuan Vinh², Le Duy Toan², Nguyen Quoc Tuan¹

¹Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung street, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital - 929 De La Thanh Street, Ba Dinh district, Hanoi, Vietnam

Received: 16/10/2023

Revised: 14/11/2023; Accepted: 18/12/2023

ABSTRACT

Objectives: Describe clinical, paraclinical features and treatment results of borderline ovarian tumors at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Materials and research methods: Sample size: 88 patients during 5 years from January 1, 2018 to December 31, 2022. Methods: Retrospective descriptive study.

Results: The proportion of serous, mucinous and other types of tumors was 50%, 38% and 12% respectively. The average age was 36.07, the 30 - 39 year old group accounted for the highest proportion. Lower abdominal pain was the most common symptom (43.2%). Most ovarian tumors were borderline on one side, painless and movable. 54.5% tumors > 10 cm and the size of mucinous tumors was statistically significantly larger than that of serous tumors. On ultrasound, the rate of septa was 47.7%, papillae was 35.2%, solid tissue was 35.2%, and mixed sound was 60.2%. The abnormal CA -125 value was 56.8%, decreasing rapidly after surgery and chemotherapy. The rate of conservative surgery was 77.2%, of radical surgery was 21.8% and of second surgery was 11.3%.

Conclusion: Borderline ovarian tumors may have some malignant characteristics. Surgery is an effective treatment method and conservative surgery is increasingly widely applied.

Keywords: Borderline, borderline tumors.

*Corresponding author

Email address: vuongminhbaba@gmail.com

Phone number: (+84) 342 814 369

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i1.889>

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

Ngô Vương Minh^{1*}, Đỗ Xuân Vinh², Lê Duy Toàn², Nguyễn Quốc Tuấn¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 Đê La Thành, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16 tháng 10 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 14 tháng 11 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 18 tháng 12 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u buồng trứng giáp biên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Cỡ mẫu: 88 bệnh nhân trong thời gian 5 năm từ 1/1/2018 đến 31/12/2022. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Kết quả: 50% u thể thanh dịch, 38% u thể chế nhầy, 12% u loại khác. Tuổi trung bình là 36,07, nhóm 30 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Đau bụng hạ vị là lí do đi khám nhiều nhất với 43,2%. Đa phần u buồng trứng giáp biên ở một bên, ấn không đau, di động được. Tỷ lệ u > 10 cm chiếm 53,5%, kích thước u nhầy lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với u thanh dịch. Trên siêu âm, tỷ lệ có vách 47,7%, có nhú 35,2%, tổ chức đặc 35,2%, âm hỗn hợp 60,2%. Giá trị CA -125 bất thường 56,8%, u thanh dịch cao hơn nhóm chế nhầy, giảm nhanh sau phẫu thuật và hóa chất. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn 77,2%, triệt để 21,8%, phẫu thuật lần 2 là 11,3%.

Kết luận: U buồng trứng giáp biên phần nào mang tính chất ác tính. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả, trong đó chủ yếu là phẫu thuật bảo tồn.

Từ khóa: U buồng trứng, u buồng trứng giáp biên.

*Tác giả liên hệ

Email: vuongminhbaba@gmail.com

Điện thoại: (+84) 342 814 369

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i1.889>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Được miêu tả đầu tiên bởi Taylor vào năm 1929, u buồng trứng giáp biên (UBTGB) hay còn được gọi là khối u buồng trứng tiềm năng ác tính thấp là một trong các nhóm tổn thương không đồng nhất được xác định về mặt mô học bởi sự tăng sinh biểu mô không điển hình nhưng không có sự xâm nhập vào mô đệm [1]. Tại Thụy Điển từ năm 1960 đến 2005, tỷ lệ UBTGB tăng từ 8,3% (1960 – 1969) lên 23,6% (2000 – 2005) [2]. Những u này xuất hiện trung gian về mặt cấu trúc, lâm sàng và bệnh học giữa các u nang lành tính và các ung thư biểu mô tuyến nang ác tính [3]. UBTGB là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ còn trẻ, trong độ tuổi sinh sản, thường tiến triển thuận lợi, lành tính, thường gặp ở người trẻ hơn từ 15 đến 29 tuổi [3]. UBTGB ở các giai đoạn trung bình có tiên lượng tương đối tốt, tỉ lệ sống thêm 10 năm là khoảng 83 – 91% [3]. Phẫu thuật là chỉ định bắt buộc trong việc điều trị, phẫu thuật bảo tồn hay triệt để và có hay không sử dụng hoá chất còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi bệnh nhân, giai đoạn bệnh, typ mô bệnh học. Việc giữ lại khả năng sinh sản khi điều trị là rất quan trọng do đó phẫu thuật lần đầu thường là phẫu thuật bảo tồn. Tại Việt Nam, khác với các nghiên cứu về u lành cũng như ung thư buồng trứng, UBTGB ít được quan tâm, các nghiên cứu cách đây đã lâu và chưa có tính cập nhật. Vì vậy, xuất phát từ thực tế trên, để có cái nhìn bao quát về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như thái độ xử trí, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u buồng trứng giáp biên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương”** với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí bệnh nhân u buồng trứng thể giáp biên được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2018 đến 31/12/2022.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UBTGB bằng mô bệnh học, được phẫu thuật tại Bệnh viện PSTW trong thời gian 5 năm từ 01/01/2018 đến 31/12/2022, có đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có kết quả giải phẫu mô bệnh học là UBTGB.
- Được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện PSTW từ 01/01/2018 đến 31/12/2022.
- Hồ sơ có đầy đủ thông tin phục vụ cần thiết cho nghiên cứu

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có kết quả giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật hoặc kết quả không phải là u buồng trứng thể giáp biên.
- Các bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật hoặc hóa chất từ nơi khác chuyển đến.
- Không có đầy đủ thông tin trong hồ sơ phục vụ nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.5. Cỡ mẫu: Chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: số bệnh nhân cần cho nghiên cứu

p = 0,64 là tỷ lệ u buồng trứng giáp biên được phẫu thuật bảo tồn theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Linh [4].

q = 1 – p = 0,36; d = 0,1; Z(1-α/2) = 1,96

Áp dụng công thức trên ta có n = 88

Vậy cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 88 bệnh nhân.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả được so sánh từng cặp, so sánh 2 trung bình, T- test, χ^2 , ANOVA test.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu phục vụ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị. Đề tài được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	U thanh dịch	U nhầy	U khác	Tổng
< 20 tuổi	2	8	1	11 (12,5%)
20 – 29 tuổi	8	10	4	22 (25%)
30 – 39 tuổi	15	9	3	27 (30,7%)
40 – 49 tuổi	3	6	1	10 (11,4%)
50 – 59 tuổi	4	7	1	12 (13,6%)
> 60 tuổi	1	4	1	6 (6,8%)
Tổng	33	44	11	88 (100%)

Tuổi trung bình: 36,07 ± 15,1

Bệnh nhân ít tuổi nhất là 15 tuổi và nhiều nhất là 87

tuổi. Nhóm tuổi 30 - 39 chiếm tỉ lệ cao nhất (30,7%), tiếp đến là nhóm tuổi 20 - 29 (25%).

Bảng 2: Lí do vào viện của nhóm đối tượng nghiên cứu

Lý do đi khám	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng hạ vị	38	43,2%
Rối loạn đại tiểu tiện	3	3,4%
Khám phụ khoa	14	15,9%
Mệt mỏi, gầy sút cân	1	1,1%
Tự sờ thấy khối u	4	4,5%
Cảm giác bụng to dần	28	31,8%
Tổng	88	100%

Bệnh nhân đi khám chủ yếu vì đau bụng hạ vị (43,2%) và cảm giác bụng to dần (31,8%). Có 15,9% trường hợp

khám phụ khoa định kỳ phát hiện u, trong khi chỉ 1,1% trường hợp khám vì mệt mỏi, gầy sút cân.



Bảng 3. Đặc điểm về cảm giác ấn và mức độ di động

Triệu chứng		U thanh dịch		U chế nhầy		U khác		Tổng	P
		SL	%	SL	%	SL	%		
Ấn	Đau	4	33,3%	5	41,7%	3	25%	12 (13,6%)	P < 0,05
	Tức	4	16,7%	17	70,8%	3	12,5%	24 (27,2%)	
	Không đau	25	48,1%	22	42,3%	5	9,6%	52 (59,1%)	
	Tổng	33	37,5%	44	50%	11	12,5%	88	
Di động	Dễ	27	45,8%	26	44,1%	6	10,2%	59 (67%)	P < 0,05
	Hạn chế	5	17,9%	18	64,3%	5	17,9%	28 (31,8%)	
	Không di động	1	100%	0	0%	0	0%	1 (1,1%)	
	Tổng	33	37,5%	44	50%	11	12,5%	88	
Vị trí	Phải	12	34,3%	9	54,3%	4	11,4%	25 (28,4%)	P < 0,05
	Trái	13	33,3%	22	56,4%	4	10,3%	39 (44,3%)	
	2 bên	8	57,1%	3	21,4%	3	21,4%	14 (15,9%)	
	Tổng	33	37,5%	44	50%	11	12,5%	88	

59,1% bệnh nhân không có triệu chứng đau khi thăm khám, 27,2% chỉ tức nhẹ, Tỷ lệ khối u di động dễ là 67%, di động hạn chế là 31,8%. U thể chế nhầy di động dễ và ấn đau hơn u thể thanh dịch, sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đa phần u buồng trứng giáp biên ở 1 bên, chỉ 15,9% gặp khối u ở 2 bên buồng trứng.

Bảng 4. Đặc điểm trên siêu âm của nhóm đối tượng

Triệu chứng		U thanh dịch		U chế nhầy		U khác		Tổng	P
		SL	%	SL	%	SL	%		
Kích thước	< 5cm	3	75%	1	25%	0	0%	4 (4,5%)	P < 0,05
	5 – 10 cm	21	56,8%	9	24,3%	7	18,9%	37 (42%)	
	>10 cm	9	19,1%	34	72,3%	4	8,6%	47 (53,5%)	
Đặc điểm khối u	Có vách, đa thùy	10	23,8%	30	71,4%	2	4,8%	42 (47,7%)	P < 0,01
	Có nhú	22	71%	8	25,8%	1	3,2%	31 (35,2%)	
	Tổ chức đặc	14	45,1%	11	35,4%	6	19,3%	31(35,2%)	
	Âm vang hỗn hợp	22	41,5%	26	49,1%	5	9,4%	53 (60,2%)	

Chỉ 4,5% trường hợp khối u có kích thước < 5cm trên siêu âm. U thể chế nhầy có kích thước lớn hơn hẳn u thể thanh dịch với $p < 0,01$. Tỷ lệ khối u dạng nang trên siêu âm là 53,5%, dạng hỗn hợp 44,4%. Có 47,7%

trường hợp có vách hay hình ảnh đa thùy trên siêu âm, chủ yếu là thể chế nhầy. Tỷ lệ có nhú là 35,2%, trong đó chủ yếu là thể thanh dịch. 35,2% trường hợp có hình ảnh tổ chức đặc, 60,2% có hình ảnh âm vang hỗn hợp.

Bảng 5. Cách thức phẫu thuật theo giải phẫu bệnh

Cách phẫu thuật	U thanh dịch(%)	U nhầy(%)	U khác(%)	Tổng
Bóc u buồng trứng	9 (90%)	0 (0%)	1(10%)	10 (11,3%)
Cắt u/ Cắt phần phụ	18(25%)	33(65%)	6(10%)	58 (52,2%)
Cắt 2 phần phụ, mạc nối lớn	2 (50%)	1 (33,3%)	4 (50%)	7 (7,9%)
Cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ	0 (0%)	2(100%)	0 (0%)	2 (2,2%)
Cắt tử cung hoàn toàn, 2 phần phụ, mạc nối lớn	3(27,3%)	8(72,7%)	0(0%)	11 (12,5%)
Cắt ruột thừa trong phẫu thuật	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	4 (4,5%)

77,2% được phẫu thuật bảo tồn (11,3% bóc u với đa số là thể thanh dịch , 65,9% cắt u bên tổn thương). Trong số 21,8% được phẫu thuật triệt để: 7,9% cắt 2 phần phụ, 12,5% cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ và mạc

nối lớn, 2,2% cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ. Có 4,5% trường hợp cắt ruột thừa trong phẫu thuật và đều là thể chế nhầy.

Bảng 6. Sự thay đổi nồng độ CA -125 huyết thanh sau điều trị

Nồng độ CA – 125 \ Giá trị	Giá trị trung bình	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất
Trước điều trị (1)	188,6 ± 267	1269	7,97
Sau phẫu thuật (2)	31,2 ± 30,1	187	2,1
Sau phẫu thuật + hóa chất (3)	10,2 ± 4,6	21,3	2,0
p(1,2) < 0,001		p(1,3) < 0,001	

Nồng độ CA - 125 huyết thanh giảm nhanh và sâu xuống mức bình thường sau phẫu thuật và giảm tới mức thấp hơn bình thường sau điều trị hóa chất (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Trong số 88 bệnh nhân u buồng trứng giáp biên nghiên cứu, tuổi trung bình là $36,07 \pm 15,1$, độ tuổi lớn nhất là 87 và nhỏ nhất là 15 tuổi. nhóm tuổi hay gặp nhất là 30 – 39 tuổi, chiếm 30,7%, nhóm tuổi trên 60 là ít gặp nhất (6,8%). Nghiên cứu của Gamal H.Eltabbakh thì bệnh nhân UBTGB có độ tuổi trẻ hơn bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng ($47 \pm 14,0$ so với $56,9 \pm 13,7$, $p < 0,01$) [5]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Linh, tuổi trung bình là 35,8 [4]. Như vậy cũng như các nghiên cứu khác, những bệnh nhân UBTGB có độ tuổi không khác biệt mấy so với nhóm u lành tính, chủ yếu tập trung ở độ tuổi sinh đẻ nhưng lại trẻ hơn so

với nhóm ung thư biểu mô buồng trứng.

Về triệu chứng cơ năng, 15,9% bệnh nhân khám phụ khoa tình cờ phát hiện khối u mà không có một triệu chứng cơ năng nào. Triệu chứng hay gặp nhất là đau vùng hạ vị, 43,2%, tiếp theo đến là cảm giác thấy bụng to dần, 31,8%. Điều này có thể giải thích do kích thước khối u thường lớn, gây căng dẫn dây chằng rộng, gây chèn ép hoặc xâm lấn vào các rễ thần kinh. Tuy nhiên triệu chứng mơ hồ, không làm cho bệnh nhân đi khám ngay mà sau một thời gian tương đối dài không đỡ mới đi khám. Rối loạn đại tiểu tiện chiếm 3,4%, thường gặp ở nhóm u nhầy do khối u kích thước lớn, chèn ép vào niệu quản hoặc trực tràng. 4,5% bệnh nhân sờ thấy khối u do khối u kích thước lớn và chỉ 1,1% có tình trạng gầy sút cân. Điều này dễ hiểu do ít mang tính chất của ung thư buồng trứng nên sẽ ít có triệu chứng tiền ung thư này.

Qua thăm khám lâm sàng, 59,1% bệnh nhân không có triệu chứng đau khi thăm khám, 24 % bệnh nhân cảm



thấy tức nhẹ trong đó phần lớn là khối u nhầy và 13,6% cảm thấy đau và có mối liên quan giữa triệu chứng đau khi thăm khám với giải phẫu bệnh ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga trong số các u nhầy thì 36% u nhầy giáp biên có triệu chứng đau hoặc tức nhẹ [7]. Điều này có thể lí giải do khối u nhầy thường có kích thước lớn, gây chèn ép các tạng lân cận và dây thần kinh. 67% trường hợp ở nhóm đối tượng nghiên cứu là di động dễ, 31,8% là hạn chế di động (64,3% là thể chế nhầy) và chỉ 1 trường hợp khối u không di động do dính (trường hợp này khi mở bụng phẫu thuật từ cung dính chặt vào cùng đồ sau, khối u to ngang rốn và dính vào các quai ruột lân cận, khó bóc tách). Điều này có thể hiểu được do phần lớn ở giai đoạn I, ít có sự xâm lấn và lan tràn ra các tổ chức lân cận, và khối u loại chế nhầy có kích thước thường lớn nên khả năng di động sẽ bị hạn chế. 84,1% u ở 1 bên, trong 14 trường hợp có u ở 2 bên, 50% đều là thể giáp biên, 28,5% có kèm ung thư buồng trứng 1 bên và 21,5% kèm u lành tính.

Trên siêu âm, 53,5% các khối u có kích thước > 10cm với 72,3% là thể chế nhầy và chỉ 4,5% kích thước < 5cm. Cũng theo một số tác giả trong và ngoài nước có thể kết luận đa số các UBTGB có kích thước lớn, trong đó u chế nhầy có kích thước lớn hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với thể thanh dịch. 42 trường hợp (47,7%) có vách hoặc tính chất đa thùy trên siêu âm, trong đó chủ yếu là thể chế nhầy (71,4%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Linh cũng cho kết quả tương tự, với 81,3% trường hợp u thể chế nhầy có vách, cao hơn hẳn so với nhóm thanh dịch 40,8% [4]. Điều này có thể giải thích do u thể chế nhầy thường có kích thước lớn và nhiều vách ngăn hơn. Đánh giá về hình ảnh chồi, nhú, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 35,2% có hình ảnh này, trong đó 70,9% là thể thanh dịch, chỉ 25,8% là thể chế nhầy. 35,2% có hình ảnh tổ chức đặc trên siêu âm, với 45,1% là thể thanh dịch và 35,4% là thể chế nhầy. Mức độ tương đối ác tính của khối u buồng trứng trên siêu âm phần nào được gợi ý, tuy nhiên để tăng thêm mức độ chính xác vẫn cần thêm một số cận lâm sàng khác.

Về phương pháp phẫu thuật, 77,2% được phẫu thuật bảo tồn, 21,8% được phẫu thuật triệt để trong lần mổ đầu tiên, 11,3% được phẫu thuật lần hai trong đó 3 trường hợp được phẫu thuật triệt để (cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ). Trong số 68 bệnh nhân được bảo tồn, 10 bệnh nhân được bóc u để lại phần lành trong đó 90% là loại u thể thanh dịch, và không có trường hợp u nhầy nào. Trong số 58 bệnh nhân được cắt u bên tổn

thương, 12 trường hợp có kèm sinh thiết bên đối diện (13,6%), 7,9% bệnh nhân được chỉ định cắt 2 phần phụ ngay từ đầu và 4 trường hợp được cắt kèm cả mạc nối lớn. Còn với phẫu thuật triệt để, 2 trường hợp (2,2%) được cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ, 11 trường hợp được cắt kèm cả mạc nối lớn (12,5%). Có 4 trường hợp theo nghiên cứu của chúng tôi được cắt bỏ ruột thừa trong phẫu thuật trong đó 100% là thể chế nhầy. Hiện nay, xu hướng phẫu thuật bảo tồn ngày càng tăng ở các bệnh nhân giai đoạn I thậm chí là giai đoạn II vì quan điểm cho rằng cắt bỏ buồng trứng tổn thương thì các phần mô bệnh học không được cắt bỏ ngoài buồng trứng của các u thể giáp biên thường ở trạng thái tiềm tàng và tự thoái hóa [8].

Đánh giá nồng độ CA – 125 sau phẫu thuật là rất quan trọng, có ý nghĩa tiên lượng và đánh giá tái phát của khối u. Theo nghiên cứu của chúng tôi, gần như 100% trường hợp sau điều trị (phẫu thuật và/ hoặc hóa chất) đều có nồng độ CA – 125 về mức bình thường (< 35 UI/ ml) với tỷ lệ giá trị CA -125 trước phẫu thuật bất thường là 56,8%, với giá trị trung bình trước điều trị là 188,6 UI/ ml giảm xuống chỉ còn 31,2 UI/ ml sau phẫu thuật, thậm chí sau điều trị hóa chất còn xuống sâu nữa chỉ 10,2 UI/ ml, chỉ có 1 trường hợp sau khi trở về bình thường thì nồng độ CA – 125 tăng và được chẩn đoán tái phát sau đó (1,1%).

5. KẾT LUẬN

U buồng trứng giáp biên thường gặp ở nhóm tuổi sinh sản, không có triệu chứng lâm sàng điển hình rầm rộ. Loại u này có đặc điểm thường xuất hiện 1 bên buồng trứng, kích thước > 10cm, di động được, ấn không đau. Trên siêu âm, khối u phần nào mang các tính chất gợi ý ác tính. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là bảo tồn do lứa tuổi và thường được phát hiện ở giai đoạn sớm. Phẫu thuật giúp giảm đáng kể nồng độ CA – 125, cần theo dõi định kỳ qua siêu âm và CA – 125 để chẩn đoán sớm tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Priya C, Sunesh K, L Alit Kumar, Borderline ovarian tumors: an update, Indian Journal of Medical & PA Ediatric Oncology, 29: p.2, 2008.
- [2] Skírnisdóttir I, Garmo H, Wilander E et al.,

- Borderline ovarian tumors in Sweden 1960-2005: “Trends in incidence and age at diagnosis compared to ovarian cancer; *International Journal of Cancer*, 123(8), 1897–1901, 2008.
- [3] Williams G, *Epithelial ovarian cancer*, Copyright The McGraw – Hill Companies, Chapter 35, pp: 1 – 10, 2006.
- [4] Nguyễn Thị Hương Linh, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí u buồng trứng giáp biên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, 2010.
- [5] Eltabbakh GH, Natarajan N, Piver MS et al., *Epidemiologic Differences between Women with Borderline Ovarian Tumors and Women with Epithelial Ovarian Cancer*. *Gynecologic Oncology*, 74(1), 103–107, 1999.
- [6] Nguyễn Duy Tuấn, *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng thể giáp biên tại Bệnh viện K*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [7] Nguyễn Thị Nga, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và xử trí u nhầy buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản trung ương*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [8] *Borderline ovarian tumors: French guidelines from the CNGOF*, *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 2021.

