ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):179-187
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.23

Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, chỉ báo sinh học và mô bệnh học của ung thư ống dẫn trứng nguyên phát

Nguyễn Khánh Duy[1], Võ Minh Tuấn[2,*]

[1]Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bộ môn Phụ Sản, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư ống dẫn trứng nguyên phát (UTODTNP) là ung thư phụ khoa hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu. Dữ liệu mô tả về lâm sàng, chỉ báo sinh học, hình ảnh học và mô bệnh học của UTODTNP tại Việt Nam còn hạn chế.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chỉ báo sinh học, hình ảnh học và mô bệnh học của người bệnh UTODTNP được điều trị tại bệnh viện Từ Dũ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên tất cả người bệnh có chẩn đoán giải phẫu bệnh là UTODTNP, được điều trị tại bệnh viện Từ Dũ từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/07/2022.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận 56 người bệnh UTODTNP. Tuổi trung bình lúc chẩn đoán là 53,5 ± 8,0 tuổi; 33 trường hợp đã mãn kinh (58,9%). Đa số người bệnh có triệu chứng tại thời điểm chẩn đoán (50 trường hợp, 89,3%), trong đó ra huyết âm đạo bất thường là biểu hiện thường gặp nhất (32 trường hợp, 57,1%). CA 125 ≥ 35 U/mL được ghi nhận ở 30 trường hợp (53,6%) và HE4 ≥ 140 pmol/L ở 18/51 trường hợp (35,3%); tỉ lệ tăng CA 125 và HE4 không khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giai đoạn bệnh. Trên siêu âm, hầu hết khối u là u đặc hoặc có thành phần đặc (46/52 trường hợp, 88,5%), dấu hiệu nhận diện trực quan gợi ý UTODTNP ghi nhận ở 9/52 trường hợp (17,3%). Cộng hưởng từ gợi ý chẩn đoán trước phẫu thuật ở 29/49 trường hợp (59,2%). Carcinôm dạng nội mạc tử cung là loại mô học thường gặp nhất (33 trường hợp, 58,9%). Phần lớn người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn I–II (44 trường hợp, 78,6%).

Kết luận: UTODTNP thường gặp ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh, đa số người bệnh có biểu hiện triệu chứng. Nhận diện phối hợp các đặc điểm lâm sàng, chỉ báo sinh học và hình ảnh học có thể góp phần định hướng chẩn đoán trước phẫu thuật.

Từ khóa: ung thư ống dẫn trứng nguyên phát; chỉ báo sinh học; hình ảnh học; mô bệnh học

Abstract

IMAGING, BIOMARKER, AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY FALLOPIAN TUBE CARCINOMA

Nguyen Khanh Duy, Vo Minh Tuan

Ngày nhận bài: 18-06-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 14-10-2026 / Ngày đăng bài: 21-10-2026
*Tác giả liên hệ: Võ Minh Tuấn. Bộ môn Phụ Sản, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh h, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.
E-mail: vominhtuan@ump.edu.vn
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Background: Primary fallopian tube carcinoma (PFTC) is a rare gynecologic malignancy with non-specific clinical manifestations and is difficult to diagnose accurately before surgery. Descriptive data on the clinical characteristics, biomarkers, imaging findings, and histopathological features of PFTC in Vietnam remain limited.

Objectives: To describe the clinical characteristics, biomarkers, imaging findings, and histopathological features of patients with PFTC treated at Tu Du Hospital.

Methods: We conducted a retrospective descriptive study of all patients with a histopathological diagnosis of PFTC treated at Tu Du Hospital between January 1, 2015, and July 31, 2022.

Results: A total of 56 patients with PFTC were included. The mean age at diagnosis was 53.5 ± 8.0 years; 33 patients were postmenopausal (58.9%). Most patients were symptomatic at diagnosis (50 patients, 89.3%), with abnormal vaginal bleeding being the most common presentation (32 patients, 57.1%). Pretreatment CA 125 ≥ 35 U/mL was recorded in 30 patients (53.6%), and HE4 ≥ 140 pmol/L in 18/51 patients (35.3%); the proportions of elevated CA 125 and HE4 did not differ significantly by disease stage. On ultrasonography, most tumors were solid or had a solid component (46/52 patients, 88.5%), whereas pattern recognition suggestive of PFTC was identified in only 9/52 patients (17.3%). Magnetic resonance imaging suggested a preoperative diagnosis in 29/49 patients (59.2%). Endometrioid carcinoma was the most common histological subtype (33 patients, 58.9%). Most patients were diagnosed with stage I–II disease (44 patients, 78.6%).

Conclusions: PFTC commonly occurs in women around menopausal age, and most patients are symptomatic at diagnosis. Recognition of clinical, biomarker, and imaging features may contribute to increased preoperative suspicion of PFTC.

Keywords: primary fallopian tube carcinoma; biomarkers; imaging findings; histopathology

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư ống dẫn trứng nguyên phát (UTODTNP) là bệnh lý ác tính phụ khoa hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0,14–1,8% trong tổng số ung thư đường sinh dục nữ [1]. Trong những năm gần đây, hiểu biết về nguồn gốc của các ung thư biểu mô vùng chậu đã thay đổi đáng kể. Nhiều bằng chứng mô bệnh học và sinh học phân tử cho thấy một tỉ lệ lớn carcinôm dịch trong độ cao trước đây được xếp vào ung thư buồng trứng hoặc phúc mạc có thể khởi phát từ biểu mô đoạn loa ống dẫn trứng. Sự thay đổi trong nhận thức về nguồn gốc mô học này đã góp phần làm tăng tỉ lệ các trường hợp được chẩn đoán là UTODTNP [2]. Tuy nhiên, bệnh sinh của UTODTNP vẫn chưa được hiểu đầy đủ. Các tế bào chế tiết ở đoạn loa ống dẫn trứng được cho là có thể tích lũy đột biến TP53 dưới tác động của stress oxy hóa và phản ứng viêm liên quan đến phóng noãn, tiến triển thành carcinôm dịch trong biểu mô ống dẫn trứng (serous tubal intraepithelial carcinoma – STIC), sau đó xâm nhập mô đệm hoặc lan đến buồng trứng và phúc mạc [3]. Bên cạnh đó, các yếu tố di truyền, sinh sản và nội tiết cũng có thể đóng vai trò trong quá trình hình thành và tiến triển của bệnh [4,5].

Về điều trị, UTODTNP thường được tiếp cận theo nguyên tắc của ung thư biểu mô buồng trứng; tuy nhiên, bệnh có đặc điểm lan tràn vi thể và nguy cơ tái phát đáng lưu ý. Các báo cáo trước đây ghi nhận tỉ lệ tái phát dao động khoảng 23,8–50%, đa số xảy ra trong 3 năm đầu sau điều trị [6,7]. Giai đoạn bệnh vẫn là yếu tố tiên lượng quan trọng: nguy cơ tái phát ở giai đoạn III–IV cao hơn giai đoạn I–II, và sống còn toàn bộ 5 năm giảm rõ rệt từ giai đoạn I đến IV [8]. Do đó, tăng khả năng nhận diện bệnh trước mổ có ý nghĩa đối với lập kế hoạch điều trị và tiên lượng.

Phần lớn người bệnh UTODTNP có triệu chứng tại thời điểm chẩn đoán, các biểu hiện thường gặp gồm ra huyết hoặc tiết dịch âm đạo bất thường (đặc biệt ở phụ nữ sau mãn kinh), đau bụng dưới, bụng to tăng dần [9,10]. Tuy nhiên, chẩn đoán trước phẫu thuật của UTODTNP vẫn là thách thức, một số báo cáo cho thấy tỉ lệ chẩn đoán đúng trước mổ chỉ khoảng 10–15%, trong khi nhiều trường hợp được nhận định nhầm ngay cả trong quá trình phẫu thuật [11]. Tại Việt Nam, dữ liệu về UTODTNP còn hạn chế. Nhóm tác giả đã công bố số liệu về đặc điểm điều trị, kết cục sống còn không bệnh và các yếu tố liên quan trong cùng thời gian nghiên cứu [12]; tuy nhiên, các đặc điểm hỗ trợ chẩn đoán trước điều trị, bao gồm lâm sàng, chỉ báo sinh học, siêu âm, cộng hưởng từ và mô bệnh

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.23

học, chưa được trình bày đầy đủ. Vì vậy, nghiên cứu hiện tại được thực hiện nhằm khảo sát các đặc điểm lâm sàng, chỉ báo sinh học, hình ảnh học và mô bệnh học của người bệnh UTODTNP điều trị tại bệnh viện Từ Dũ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán UTODTNP và điều trị tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 01/2015 đến tháng 07/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh có chẩn đoán UTODTNP được xác nhận bằng giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán UTODTNP

Trong thực hành tại bệnh viện Từ Dũ, chẩn đoán UTODTNP được xác lập dựa trên tổng hợp đặc điểm đại thể và vi thể, phù hợp với các nguyên tắc của tiêu chuẩn Sedlis, bao gồm: khối u chủ yếu khu trú tại ống dẫn trứng; hình thái mô học phù hợp với nguồn gốc từ biểu mô ống dẫn trứng; có vùng chuyển tiếp giữa biểu mô lành tính và ác tính; đồng thời buồng trứng và nội mạc tử cung bình thường hoặc có mức độ tổn thương ít hơn so với ống dẫn trứng. Trong nghiên cứu này, chẩn đoán UTODTNP được ghi nhận theo kết luận giải phẫu bệnh trong hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không thực hiện đọc lại có hệ thống các tiêu bản và không thu thập chi tiết mức độ xâm lấn tại tử cung, nội mạc tử cung hoặc buồng trứng. Các xét nghiệm hóa mô miễn dịch được thực hiện không đồng nhất giữa các trường hợp và do đó không được phân tích như một biến số nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Ung thư ống dẫn trứng thứ phát hoặc hồ sơ không đủ dữ liệu phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lấy mẫu toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Tổng cộng có 56 người bệnh được đưa vào phân tích.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Danh sách người bệnh được xác định từ hệ thống lưu trữ của khoa Ung bướu Phụ khoa và khoa Giải phẫu bệnh, bệnh viện Từ Dũ. Các thông tin nghiên cứu được trích xuất từ hồ sơ bệnh án theo bảng thu thập số liệu đã xây dựng.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Các biến số gồm tuổi, tình trạng mãn kinh, tiền căn sản phụ khoa, triệu chứng lâm sàng, kết quả khám, CA 125, HE4, đặc điểm siêu âm, cộng hưởng từ, đặc điểm phẫu thuật, đặc điểm giải phẫu bệnh gồm loại mô học, độ mô học, tình trạng tổn thương tại mạc nối lớn, phúc mạc và hạch chậu hoặc hạch cạnh động mạch chủ và giai đoạn bệnh theo FIGO 2009.

Đặc điểm siêu âm gồm vị trí khối u, đường kính lớn nhất, hình thái khối u và dấu hiệu nhận diện trực quan gợi ý UTODTNP. Hình thái khối u phần phụ được phân loại theo hệ thống thuật ngữ của nhóm Phân tích Khối u Buồng trứng Quốc tế (International Ovarian Tumor Analysis – IOTA), gồm: u đơn thùy, u đơn thùy có phần đặc, u đa thùy, u đa thùy có phần đặc và u đặc [13]. Dấu hiệu nhận diện trực quan (subjective assessment) trên siêu âm của UTODTNP được mô tả trong y văn là khối u đặc hoặc có sự hiện diện của phần đặc hoặc cấu trúc nhú, có dạng hình ống hoặc hình trứng [14]. Các biến số về đặc điểm siêu âm được ghi nhận khi dựa trên kết quả siêu âm trước phẫu thuật.

Đặc điểm cộng hưởng từ gồm hình dạng khối u, thành phần bên trong khối u, tín hiệu của phần mô đặc trên chuỗi xung T1W và T2W, đặc điểm khuếch tán, đặc điểm bắt thuốc tương phản của phần mô đặc. Các dấu hiệu đi kèm gồm ứ dịch ống dẫn trứng cùng bên, ứ dịch buồng tử cung, tổn thương nội mạc tử cung, hạch chậu hoặc hạch cạnh động mạch chủ, tổn thương phúc mạc nghi ngờ di căn, dịch ổ bụng và kết luận chẩn đoán trên cộng hưởng từ.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được nhập, kiểm tra và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Biến định lượng được trình bày bằng trung bình và độ lệch

chuẩn. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Tỉ lệ tăng CA 125 và HE4 được so sánh giữa nhóm giai đoạn I–II và III–IV bằng kiểm định Fisher. Giá trị p <0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

Giai đoạn 01/2015–07/2022, chúng tôi xác định được 56 trường hợp UTODTNP thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Tuổi lúc chẩn đoán		
< 30	1	1,8
30 – 39	1	1,8
40 – 49	13	23,2
50 – 59	28	50
≥ 60	13	23,2
Chưa sinh con	6	10,7
Mãn kinh	33	58,9
Tiền căn bản thân có ung thư	0	0
Tiền căn gia đình có ung thư	2	3,6
Triệu chứng cơ năng		
Không triệu chứng	6	10,7
Ra huyết âm đạo bất thường	32	57,1
Tiết dịch âm đạo bất thường	8	14,3
Đau bụng hạ vị	9	16,1
Tiểu gấp	1	1,8
Khám sờ thấy khối u	40	71,4
Tam chứng Latzko	3	5,4

Tuổi trung bình lúc chẩn đoán là 53,5 ± 8,0 tuổi, dao động 28-72 tuổi. Nhóm 50-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (50,0%) và đa số đã mãn kinh (58,9%). Hầu hết người bệnh có triệu chứng lúc chẩn đoán (89,3%), trong đó ra huyết âm đạo bất thường là triệu chứng thường gặp nhất (57,1%). Khám lâm sàng sờ thấy khối u ở 71,4%, tam chứng Latzko chỉ gặp ở 5,4% người bệnh. Nghiên cứu ghi nhận không có người bệnh nào có tiền căn ung thư trước đó, và chỉ có 2 trường hợp (3,6%) trong gia đình có người mắc ung thư vú và ung thư buồng trứng (Bảng 1).

3.2. Đặc điểm chỉ báo sinh học

Tỉ lệ tăng CA 125 và HE4 có xu hướng cao hơn ở nhóm giai đoạn III–IV so với nhóm giai đoạn I–II, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm chỉ báo sinh học

Chỉ báo sinh học	Tổng số, n/N (%)	Giai đoạn bệnh		p*
		I-II, n/N (%)	III-IV, n/N (%)	
CA 125 ≥ 35 U/mL	30/56 (53,6)	21/44 (47,7)	9/12 (75,0)	0,114
HE4 ≥ 140 pmol/L	18/51 (35,3)	13/40 (32,5)	5/11 (45,5)	0,488

p* kiểm định Fisher

3.3. Đặc điểm hình ảnh học

Siêu âm được thực hiện ở 52/56 trường hợp và cộng hưởng từ ở 49/56 trường hợp.

Trên siêu âm

Đa số khối u là tổn thương một bên; tổn thương hai bên chỉ ghi nhận ở 4/52 trường hợp (7,7%). Dấu hiệu nhận diện trực quan gợi ý UTODTNP hiện diện ở 9/52 trường hợp (17,3%) (Bảng 3).

Trên cộng hưởng từ

Đa số khối u có dạng hình ống (65,3%) và hầu hết là tổn thương đặc hoặc có thành phần đặc (93,9%). Phần mô đặc thường có tín hiệu thấp trên T1W và tín hiệu trung gian hoặc cao trên T2W. Trong 22 trường hợp có mô tả đặc điểm khuếch tán, tất cả đều ghi nhận hạn chế khuếch tán. Toàn bộ 46 khối u có thành phần đặc đều được ghi nhận bắt thuốc tương phản sau tiêm. Các dấu hiệu đi kèm gồm ứ dịch ống dẫn trứng cùng bên (20,4%), hạch chậu nghi ngờ di căn (18,4%), tổn thương phúc mạc nghi ngờ di căn (14,3%) và dịch ổ bụng (18,4%). Cộng hưởng từ gợi ý nguồn gốc ống dẫn trứng ở 29/49 trường hợp (59,2%), trong khi ung thư buồng trứng là chẩn đoán lầm thường gặp nhất. Có 4 trường hợp (8,2%) được nhận định là tổn thương lành tính (Bảng 4).

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.23

Bảng 3. Đặc điểm siêu âm

Đặc điểm	Số trường hợp N = 52	Tỉ lệ (%)
Vị trí u		
Bên trái	27	51,9
Bên phải	21	40,4
Cả hai bên	4	7,7
Đường kính lớn nhất của khối u		
< 50 mm	14	26,9
50 – 99 mm	34	65,4
≥ 100 mm	4	7,7
Nhận diện trực quan trên siêu âm	9	17,3
Phân loại khối u trên siêu âm		
Đơn thùy	1	1,9
Đơn thùy đặc	8	15,4
Đa thùy	1	1,9
Đa thùy đặc	14	26,9
Đặc	24	46,2
Khác	4	7,7

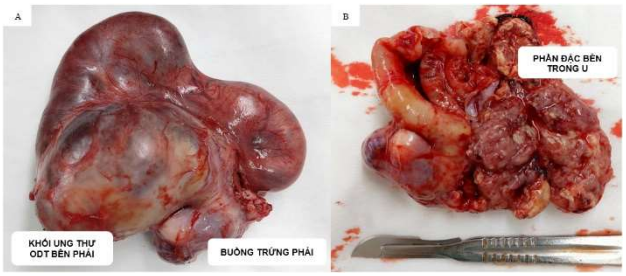
Bảng 4. Đặc điểm cộng hưởng từ

Đặc điểm	Số trường hợp (N = 49)	Tỉ lệ (%)
Khối u có dạng hình ống		
Không	17	34,7
Có	32	65,3
Thành phần trong u		
Nang hoàn toàn	3	6,1
Đặc và nang	27	55,1
Mô đặc hoàn toàn	19	38,8
Tín hiệu mô đặc trên T1W	N = 46	
Thấp	38	82,6
Trung gian	3	6,5
Cao	0	0
Không ghi nhận	5	10,9
Tín hiệu mô đặc trên T2W	N = 46	
Thấp	7	15,2
Trung gian	7	15,2
Cao	27	58,7
Không ghi nhận	5	10,9
Mô đặc hạn chế khuếch tán	N = 46	
Không	0	0
Có	22	47,8
Không ghi nhận	24	52,2
Mô đặc bắt thuốc tương phản	N = 46	
Không	0	0
Có	46	100
Tổn thương ở NMTC		
Không	44	89,8
Có	5	10,2
ODT cùng bên ứ dịch		
Không	39	79,6
Có	10	20,4
Buồng tử cung ứ dịch		
Không	44	89,8
Có	5	10,2
Hạch chậu nghi ngờ di căn		
Không	40	81,6
Có	9	18,4
Hạch cạnh ĐMC nghi ngờ di căn		
Không	47	95,9
Có	2	4,1
Tổn thương phúc mạc nghi ngờ di căn		
Không	42	85,7
Có	7	14,3
Dịch ổ bụng		
Không	40	81,6
Có	9	18,4
Chẩn đoán trên cộng hưởng từ		
U buồng trứng lành	2	4,1
Ung thư buồng trứng	12	24,5
Ung thư ống dẫn trứng	29	59,2
Bệnh lý ống dẫn trứng lành tính	2	4,1
Ung thư nội mạc tử cung	3	6,1
Không xác định bản chất	1	2,0

*NMTC: nội mạc tử cung; ĐMC: động mạch chủ; ODT: ống dẫn trứng

3.4. Đặc điểm phẫu thuật

Tất cả người bệnh đều được phẫu thuật hở cắt tử cung và hai phần phụ. Đa số người bệnh được cắt mạc nối lớn (92,9%), nạo hạch chậu và hạch cạnh động mạch chủ được thực hiện lần lượt ở 14,3% và 3,6% trường hợp. Phẫu thuật giảm khối tối ưu, với tổn thương tồn lưu không quá 1 cm, đạt được ở 85,7% người bệnh (Hình 1).



Hình 1. Hình ảnh đại thể UTODTNP được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ. A: Khối ung thư ở đoạn xa ODT bên phải. B: U chứa phần đặc trên mặt cắt dọc

3.5. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Đa số người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn I–II, chiếm 44/56 trường hợp (78,6%); giai đoạn III–IV chiếm 12/56 trường hợp (21,4%) (Bảng 5).

Bảng 5. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
I	27	48,2
II	17	30,4
III	11	19,6
IV	1	1,8

3.6. Đặc điểm mô bệnh học

Carcinôm dạng nội mạc tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (58,9%), sau đó là carcinôm dịch trong (28,6%), carcinôm không biệt hóa (10,7%) và carcinosarcoma (1,8%) (Bảng 6).

Bảng 6. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Đặc điểm mô bệnh học	N=56	
Carcinôm dịch trong	16	28,6
Độ thấp	1/16	6,2
Độ cao	15/16	93,8
Carcinôm dạng nội mạc tử cung	33	58,9
Ung thư không biệt hóa	6	10,7
Carcinosarcoma	1	1,8
Mô mạc nối lớn	N = 52	
Lành	49	94,2
Ác	3	5,8
Mô phúc mạc	N = 31	
Lành	28	90,7
Ác	3	9,3
Mô hạch chậu	N = 8	
Lành	4	50,0
Ác	4	50,0
Mô hạch cạnh ĐMC	N = 2	
Lành	1	50,0
Ác	1	50,0

*ĐMC: động mạch chủ

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi và tình trạng mãn kinh trong nghiên cứu này nhìn chung phù hợp với các báo cáo trước đây, trong đó UTODTNP thường được ghi nhận ở nhóm tuổi 40–65, với tuổi trung bình khoảng 55 tuổi, và gặp chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh [6,15,16]. Đa số trường hợp có biểu hiện lâm sàng khi phát hiện bệnh với tỉ lệ được báo cáo trong y văn dao động từ 82% đến 100%; các biểu hiện thường gặp bao gồm ra huyết hoặc tiết dịch âm đạo bất thường và đau vùng hạ vị [6,15,16]. Ra huyết hoặc tiết dịch âm đạo bất thường được cho là liên quan đến máu và dịch tiết từ khối u trong lòng ống dẫn trứng đi qua đoạn kẽ vào buồng tử cung, sau đó thoát ra ngoài qua cổ tử cung; xâm lấn nội mạc tử cung có thể góp phần gây ra huyết ở một số trường hợp [17]. Tam chứng Latzko gồm tiết dịch âm đạo hoặc ra huyết từng đợt, đau bụng từng cơn và khối u vùng chậu được xem là tam chứng đặc trưng của UTODTNP chỉ gặp ở 5,4% người bệnh [7].

Về chỉ báo sinh học, CA 125 là dấu ấn được sử dụng phổ biến trong đánh giá các ung thư biểu mô buồng trứng, ống dẫn trứng và phúc mạc nguyên phát. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ tăng CA 125 có xu hướng cao hơn ở nhóm giai đoạn III–IV so với nhóm giai đoạn I–II, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Xu hướng này phù hợp với các báo cáo trước đây của Li S và Ma Z, trong đó tỉ lệ CA 125 tăng trước phẫu thuật cao hơn ở nhóm bệnh giai đoạn tiến xa [7,15]. Điều này gợi ý rằng CA 125 có thể phản ánh một phần mức độ lan tràn của bệnh hơn là đóng vai trò như một dấu ấn đặc hiệu cho nguồn gốc ống dẫn trứng. Đối với HE4, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa theo giai đoạn bệnh, khác với báo cáo của Mi D cho thấy HE4 tăng theo giai đoạn và có giá trị tiên lượng ở người bệnh UTODTNP [18]. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và các báo cáo trước đây có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ, số trường hợp giai đoạn tiến xa còn hạn chế và tình trạng thiếu dữ liệu HE4 do thiết kế hồi cứu. Nhìn chung, CA 125 và HE4 nên được xem là các thông tin hỗ trợ trong đánh giá trước phẫu thuật; việc diễn giải cần kết hợp với biểu hiện lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học.

Về siêu âm, đặc điểm nổi bật của UTODTNP trong nghiên cứu này là đa số khối u có thành phần đặc hoặc là u đặc, tương tự mô tả của Ludovisi M [14]. Tuy nhiên, dấu hiệu nhận diện trực quan gợi ý nguồn gốc ống dẫn trứng chỉ được ghi nhận ở 17,3% trường hợp, cho thấy việc định hướng chẩn đoán UTODTNP trước phẫu thuật bằng siêu âm vẫn còn nhiều thách thức trong thực hành. Tác giả Tongsong T đánh giá giá trị chẩn đoán của mô hình quy tắc đơn giản IOTA kết hợp với đặc điểm nhận diện trực quan trong chẩn đoán UTODTNP trên 482 phụ nữ với khối u vùng chậu trước phẫu thuật 24 giờ, trong đó UTODTNP được chẩn đoán khi quy luật đơn giản phân loại khối u là ác tính hoặc không phân loại và ít nhất một trong hai tiêu chuẩn: buồng trứng cùng bên khối u bình

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.23

thường hoặc khối u có đặc điểm nhận diện trực quan của UTODTNP. Nghiên cứu ghi nhận mô hình quy luật đơn giản IOTA kết hợp với nhận diện trực quan có độ nhạy là 86,7% và độ đặc hiệu là 97,4% trong chẩn đoán UTODTNP trước phẫu thuật [19]. Kết quả cho thấy việc kết hợp đánh giá nguy cơ ác tính theo IOTA với tìm kiếm có hệ thống các dấu hiệu gợi ý nguồn gốc ống dẫn trứng có thể hỗ trợ nâng cao khả năng định hướng chẩn đoán trước phẫu thuật.

Cộng hưởng từ có vai trò hỗ trợ xác định nguồn gốc khối u phần phụ và đánh giá mức độ lan rộng của bệnh. Trong nghiên cứu này, các đặc điểm nổi bật gồm khối u dạng hình ống ở 65,3% trường hợp và khối u đặc hoặc có thành phần đặc ở 93,9%; phần mô đặc chủ yếu có tín hiệu thấp trên T1W, tín hiệu trung gian hoặc cao trên T2W, hạn chế khuếch tán và bắt thuốc tương phản sau tiêm. Các kết quả này nhìn chung phù hợp với những mô tả trước đây, trong đó UTODTNP thường biểu hiện dưới dạng khối u đặc hoặc u có thành phần đặc, có hình ống hoặc hình xúc xích và có phần mô đặc bắt thuốc tương phản. Ma FH sự ghi nhận 70% khối u có dạng hình xúc xích, 74% là u đặc và 26% là u có thành phần đặc [20]. Các dấu hiệu gián tiếp gợi ý nguồn gốc ống dẫn trứng trong nghiên cứu của chúng tôi gồm ứ dịch ống dẫn trứng cùng bên ở 20,4% và ứ dịch buồng tử cung ở 10,2% trường hợp. Cộng hưởng từ gợi ý nguồn gốc ống dẫn trứng ở 29/49 trường hợp, chiếm 59,2%, trong khi ung thư buồng trứng là chẩn đoán nhầm thường gặp nhất, cho thấy việc xác định chính xác vị trí nguyên phát trước phẫu thuật vẫn còn khó khăn do sự chồng lấp hình ảnh giữa UTODTNP, ung thư buồng trứng và các bệnh lý phần phụ lành tính. Trong nghiên cứu của Ma và cộng sự, sự hiện diện của khối phần phụ kết hợp với ít nhất một trong ba dấu hiệu gồm hình dạng ống hoặc hình xúc xích, ứ dịch ống dẫn trứng cùng bên hoặc ứ dịch buồng tử cung đạt độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 96%, giá trị tiên đoán dương 100% và giá trị tiên đoán âm 93% trong phân biệt UTODTNP với ung thư biểu mô buồng trứng [20]. Tuy nhiên, do nghiên cứu của chúng tôi có thiết kế mô tả hồi cứu, không có nhóm chứng và không thực hiện đọc lại hình ảnh theo một quy trình chuẩn hóa, chúng tôi không thể đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu hoặc các giá trị tiên đoán của cộng hưởng từ trong chẩn đoán UTODTNP trước phẫu thuật.

Về mô bệnh học, carcinôm dạng nội mạc tử cung là loại mô học thường gặp nhất trong nghiên cứu này, chiếm 58,9%, cao hơn carcinôm dịch trong. Kết quả này khác với nhiều báo cáo trước đây, trong đó carcinôm dịch trong, đặc biệt là carcinôm dịch trong độ cao, thường chiếm ưu thế trong UTODTNP [21]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến thay đổi trong quan điểm và tiêu chí xác định vị trí nguyên phát của carcinôm dịch trong độ cao vùng chậu. Trước khi STIC được tìm kiếm thường quy và các tiêu chí phân định nguồn gốc ống dẫn trứng được áp dụng rộng rãi, những trường hợp có tổn thương lan rộng tại buồng trứng và phúc mạc thường được phân loại theo vị trí có khối u ưu thế, chủ yếu là buồng trứng. Do nghiên cứu thu nhận người bệnh trong giai đoạn 2015–2022, việc áp dụng các tiêu chí này và quy trình khảo sát đoạn loa ống dẫn trứng có thể chưa đồng nhất, dẫn đến một số carcinôm dịch trong độ cao có nguồn gốc ống dẫn trứng được phân loại là ung thư buồng trứng và không được đưa vào mẫu nghiên cứu. Điều này có thể làm giảm tỉ lệ carcinôm dịch trong và làm tăng tương đối tỉ lệ carcinôm dạng nội mạc tử cung trong đoàn hệ. Tuy nhiên, giả thuyết này chưa thể được xác nhận do nghiên cứu không thực hiện đọc lại tiêu bản và đánh giá STIC theo quy trình chuẩn hóa.

Về giai đoạn bệnh, đa số trường hợp thuộc giai đoạn I–II, phù hợp với nhận định từ các nghiên cứu trước đây rằng UTODTNP có thể được phát hiện ở giai đoạn tương đối sớm [7,15,22]. Đặc điểm này có thể được lý giải bởi UTODTNP thường biểu hiện triệu chứng khiến người bệnh được thăm khám và phát hiện bệnh sớm hơn. Tuy nhiên, giai đoạn sớm không đồng nghĩa với tiên lượng hoàn toàn thuận lợi, vì UTODTNP vẫn có nguy cơ lan tràn vi thể và tái phát sau điều trị. Do đó, giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán cần được ghi nhận đầy đủ và tiếp tục được xem xét trong các nghiên cứu đánh giá tiên lượng UTODTNP [6-8].

Hạn chế của nghiên cứu

Thiết kế hồi cứu, nghiên cứu phụ thuộc vào mức độ đầy đủ của hồ sơ bệnh án và kết luận giải phẫu bệnh tại thời điểm điều trị. Tiêu bản không được đọc lại có hệ thống; các xét nghiệm hóa mô miễn dịch cũng không được thực hiện đồng nhất và không được bổ sung cho mục đích nghiên cứu. Bộ số liệu ban đầu không thu thập chi tiết mức độ tổn thương tại tử cung, nội mạc tử cung và buồng trứng. Vì vậy, nghiên cứu không thể đánh giá lại một cách chuẩn hóa vị trí nguyên phát, STIC, kiểu xâm lấn tại từng cơ quan hoặc đặc điểm hóa mô miễn dịch của toàn bộ đoàn hệ.

Tính ứng dụng của nghiên cứu

Nghiên cứu cung cấp dữ liệu thực tế về UTODTNP tại Việt Nam, góp phần làm rõ các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, chỉ báo sinh học và mô bệnh học của bệnh lý hiếm gặp này. Đây là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo về giá trị chẩn đoán của hình ảnh học, vai trò của mô bệnh học – sinh học phân tử, cũng như các yếu tố tiên lượng tái phát và sống còn ở người bệnh UTODTNP.

5. KẾT LUẬN

UTODTNP thường gặp ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh, đa số người bệnh có triệu chứng. Việc nhận diện phối hợp các đặc điểm lâm sàng, chỉ báo sinh học và hình ảnh học có thể góp phần định hướng chẩn đoán trước phẫu thuật.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Khánh Duy
https://orcid.org/0000-0003-2583-8435
Võ Minh Tuấn
https://orcid.org/0000-0001-7238-9770

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Khánh Duy
Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Võ Minh Tuấn
Thu thập dữ liệu: Nguyễn Khánh Duy
Giám sát nghiên cứu: Võ Minh Tuấn
Nhập dữ liệu: Nguyễn Khánh Duy
Quản lý dữ liệu: Nguyễn Khánh Duy
Phân tích dữ liệu: Nguyễn Khánh Duy
Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Khánh Duy
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Võ Minh Tuấn

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Từ Dũ, số QĐ: 2223/HĐĐĐ–BVTD ngày 28/11/2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carlson J, Roh MH, Chang MC, Crum CP. Recent advances in the understanding of the pathogenesis of serous carcinoma: the concept of low- and high-grade disease and the role of the fallopian tube. Diagnostic histopathology (Oxford, England). 2008;14(8):352-65.
2. Matsuo K, Lee MW, Furey KB, Yang JL, Roman LD, Klar M, et al. Estimating high-grade serous fallopian tubal carcinoma in the era of tubal hypothesis. International Journal of Gynecological Cancer. 2025;35(4):101657.
3. Cheng Z, Ennis DP, Lu B, Mirza HB, Sokota C, Kaur B, et al. The genomic trajectory of ovarian high-grade serous carcinoma can be observed in STIC lesions. J Pathol. 2024;264(1):42-54.
4. Callahan MJ, Crum CP, Medeiros F, Kindelberger DW, Elvin JA, Garber JE, et al. Primary fallopian tube malignancies in BRCA-positive women undergoing surgery for ovarian cancer risk reduction. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2007;25(25):3985-90.
5. Koskela-Niska V, Pukkala E, Lyytinen H, Ylikorkala O, Dyba T. Postmenopausal hormone therapy-also use of estradiol plus levonorgestrel-intrauterine system is associated with an increased risk of primary fallopian tube carcinoma. Int J Cancer. 2015;137(8):1947-52.
6. Bao L, Ding Y, Cai Q, Ning Y, Hu W, Xue X, et al. Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Single-Institution Experience of 101 Cases: A Retrospective Study. International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society. 2016;26(3):424-30.
7. Ma Z, Gao L, Li H, Li J, Zhang G, Xue Y. Clinical characteristics of primary Fallopian tube carcinoma: A

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.23

single-institution retrospective study of 57 cases. Int J Gynaecol Obstet. 2021;153(3):405-11.

8. Wethington SL, Herzog TJ, Seshan VE, Bansal N, Schiff PB, Burke WM, et al. Improved survival for fallopian tube cancer: a comparison of clinical characteristics and outcome for primary fallopian tube and ovarian cancer. Cancer. 2008;113(12):3298-306.
9. Lau HY, Chen YJ, Yen MS, Chen RF, Yeh SO, Twu NF. Primary fallopian tube carcinoma: a clinicopathologic analysis and literature review. J Chin Med Assoc. 2013;76(10):583-7.
10. Tu M, Gao X, Guo T, Lu W, Xu J. Clinicopathological and prognostic factor analyses of primary fallopian tube carcinoma and high-grade serous ovarian cancer: a single-institution retrospective study. World J Surg Oncol. 2025;23(1):8.
11. Kalampokas E, Kalampokas T, Tourountous I. Primary fallopian tube carcinoma. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2013;169(2):155-61.
12. Nguyễn KD, Võ MT, Võ TN, Trần ML, Cao HT, Bùi LT. Recurrence Rate Of Primary Fallopian Tube Cancer At Tu Du Hospital. Vietnam Medical Journal. 2023;528(1):321.
13. Timmerman D, Valentin L, Testa AC, Froyman W, Landolfo C, Kotlarz A, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: updated consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2026;67(5):702-24.
14. Ludovisi M, De Blasis I, Virgilio B, Fischerova D, Franchi D, Pascual MA, et al. Imaging in gynecological disease (9): clinical and ultrasound characteristics of tubal cancer. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2014;43(3):328-35.
15. Li S, Yu M, Bai W, Shi J, Di W. Long-term follow-up of 46 cases of primary fallopian tube carcinoma: a single institute study. Ann Palliat Med. 2021;10(8):9122-35.
16. Gungorduk K, Ertas IE, Ozdemir A, Akkaya E, Telli E, Taskin S, et al. Prognostic Significance of Retroperitoneal Lymphadenectomy, Preoperative Neutrophil Lymphocyte Ratio and Platelet Lymphocyte Ratio in Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Multicenter Study. Cancer Res Treat. 2015;47(3):480-8.
17. Haratz-Rubinstein N, Fromberg E, Lederman S. Sonographic diagnosis of a serous tumor of low malignant potential of the fallopian tube. J Ultrasound Med. 2004;23(6):869-72.
18. Mi D, Zhang Y, Chen S. HE4 is associated with clinical risk prognostic factors and survival outcome in primary fallopian tube carcinoma patients. The journal of obstetrics and gynaecology research. 2022;48(7):1897-903.
19. Tongsong T, Wanapirak C, Tantipalakorn C, Tinnangwattana D. Sonographic Diagnosis of Tubal Cancer with IOTA Simple Rules Plus Pattern Recognition. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(11):3011-5.
20. Ma FH, Cai SQ, Qiang JW, Zhao SH, Zhang GF, Rao YM. MRI for differentiating primary fallopian tube carcinoma from epithelial ovarian cancer. J Magn Reson Imaging. 2015;42(1):42-7.
21. Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: a review. The oncologist. 2006;11(8):902-12.
22. Borghese M, Vizzielli G, Capelli G, Santoro A, Angelico G, Arciuolo D, et al. Retrospective study of histopathological and prognostic characteristics of primary fallopian tube carcinomas: twenty-year experience (SOCRATE). International Journal of Gynecological Cancer. 2022;32(9):1171-1176.