

ĐÁNH GIÁ ĐỘ ÁC TÍNH MÔ HỌC CỦA CARCINÔM TẾ BÀO GAI HỐC MIỆNG THEO CÁC PHÂN LOẠI

● Trần Diệu Linh^{1,*} ● Nguyễn Thị Hồng¹ ● Trương Hải Ninh²

¹ Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

² Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Carcinôm tế bào gai là ung thư thường gặp nhất trong ung thư hốc miệng. Phân loại độ ác tính mô học (grad mô học) là một công cụ chẩn đoán quan trọng. Tuy nhiên, có nhiều hệ thống phân loại độ ác tính mô học. Năm 2017, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đề nghị một hệ thống phân loại grad mô học đơn giản dựa trên sự biệt hóa tế bào, bỏ các yếu tố tương quan chủ - bước. **Mục tiêu:** Đánh giá độ ác tính mô học của carcinôm tế bào gai hốc miệng theo phân loại của WHO (2017) và so sánh với đánh giá theo các phân loại trước đây của Anneroth (1987) và của Bryne (1992). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang 179 trường hợp ung thư hốc miệng có chẩn đoán giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào gai, được điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Tp.HCM năm 2016 và 2017. Ghi nhận dữ liệu lâm sàng theo hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu đánh giá độ ác tính (grad) mô học theo phân loại của Anneroth (1987), Bryne (1992) và WHO (2017). **Kết quả:** Kết quả cho thấy đa số trên 40 tuổi (85.8%). Tỉ số nam: nữ là 3,6:1. Các vị trí ung thư thường gặp là lưỡi (56.3%), sàn miệng (21.6%) và nướu răng (15.3%). Đa số ung thư phát hiện ở giai đoạn trễ (79.5%). Di căn hạch cổ chiếm 42.6%. Đánh giá độ ác tính mô học cho thấy có sự đồng thuận rất cao giữa phân loại của Bryne và của Anneroth với Kappa = 0.89; đồng thuận cao giữa phân loại của WHO và của Anneroth với Kappa = 0.75; đồng thuận cao giữa phân loại của WHO và của Bryne với Kappa = 0.67. **Kết luận:** Phân loại độ ác tính mô học carcinôm tế bào gai hốc miệng của WHO (2017) sử dụng đơn giản và cho kết quả chẩn đoán đồng thuận cao với các phân loại trước đây. Do đó có thể áp dụng thường quy trong chẩn đoán giải phẫu bệnh.

Từ khóa: carcinôm tế bào gai hốc miệng, độ ác tính mô học

EVALUATION OF THE HISTOPATHOLOGICAL GRADING OF ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA ACCORDING TO CLASSIFICATION SYSTEMS

● Tran Dieu Linh ● Nguyen Thi Hong ● Truong Hai Ninh

ABSTRACT

Background: Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is the most common oral malignancies. Histopathological grading is an important diagnostic tool. However, there are many grading systems of OSCC. In 2017, the World Health Organization (WHO) suggested a simple, differentiation-based histopathologic grading system of OSCC with the absence of tumor-host relationship factors. **Objectives:** To assess the histopathological grading of oral squamous cell carcinoma (OSCC) according to the WHO classification (2017) and compare with Anneroth's classification (1987), Bryne's classification (1992). **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted among

* Tác giả liên hệ: BSCKI. Trần Diệu Linh, Email: linhtd@hiu.vn

(Ngày nhận bài: 12/09/2022; Ngày nhận bản sửa: 29/10/2022; Ngày duyệt đăng: 20/11/2022)

179 OSCC patients at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from 2016 to 2017. The clinical data were extracted from medical records. Histopathological grading was evaluated using the classifications of Anneroth (1987), Bryne (1992) and WHO (2017). Results: The results showed that the majority were ≥ 40 years old (85.8%). The male:female ratio was 3.6:1. The most common cancer sites were tongue (56.3%), oral floor (21.6%) and gingiva (15.3%). About 42.6% of patients had cervical lymph node metastasis. There was a very high level of consistency between the Bryne and Anneroth classifications in histopathological grading with Kappa index = 0.89; a high level of consistency between WHO and Anneroth classification with Kappa index = 0.75; and a high consistency between the WHO and Bryne classification with Kappa index = 0.67. Conclusion: WHO classification of OSCC grading (2017) is simple and consistent to previous classification systems. This effective tool can be used for routine histopathological diagnosis.

Keywords: oral squamous cell carcinoma (OSCC), histological grading

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hốc miệng (UTHM) phát triển từ biểu mô lát tầng phủ hốc miệng, trong đó ung thư biểu mô (carcinôm) tế bào gai thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ hơn 90% [1]. UTHM là một trong những loại ung thư thường gặp và có tỉ lệ tử vong cao ở người [2]. Mặc dù hốc miệng là vị trí dễ dàng thăm khám nhưng đa số ung thư được phát hiện ở giai đoạn trễ khi bướu đã lan rộng và/hoặc di căn hạch. Do tính chất nguy hiểm của loại ung thư này nên việc phát triển những kỹ thuật chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả luôn là mối quan tâm lớn trong nhiều nghiên cứu.

Độ ác tính (grad) mô học của carcinôm tế bào gai có liên quan với diễn tiến sinh học của UTHM. Có nhiều hệ thống phân loại độ ác tính mô học như của Broders (1920), Anneroth (1987) [3], Bryne (1992) [4]. Năm 2017, WHO đưa ra phân loại carcinôm tế bào gai dựa trên điều chỉnh phân loại năm 2005 [1]. Cho đến nay, phân loại của WHO được sử dụng rộng rãi trên thế giới mặc dù khả năng tiên lượng còn nhiều tranh cãi. Phân loại này đơn giản chỉ có 3 tiêu chí nên dễ áp dụng và đánh giá nhanh hơn phân loại 6 tiêu chí của Anneroth (1987) hay 4 tiêu chí của Bryne (1992). Trong nước chưa có nghiên cứu so sánh chẩn đoán độ ác tính mô học của carcinôm tế bào gai hốc miệng giữa các phân loại trước đây với phân loại của WHO (2017). Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này đánh giá độ ác tính mô học của carcinôm tế bào gai hốc miệng theo phân loại của WHO (2017) và so sánh với đánh giá theo các phân loại trước đây của Anneroth (1987) và của Bryne (1992), nhằm hỗ trợ các bác sĩ giải phẫu bệnh có thêm thông tin để chọn lựa phân loại chẩn đoán độ ác tính mô học của carcinôm tế bào gai hốc miệng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 179 trường hợp ung thư hốc miệng tại Bệnh viện Ung Bướu Tp.HCM từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2017.

Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu khi có đủ các yếu tố sau:

- Có chẩn đoán lâm sàng và giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào gai ở hốc miệng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: Loại khỏi mẫu nghiên cứu khi có một trong những yếu tố sau:

- Ung thư nơi khác lan đến hay di căn đến hốc miệng.
- Ung thư đã phẫu thuật và/hoặc hóa trị và/hoặc xạ trị trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, mô tả và phân tích.

Quy trình nghiên cứu:

1) Thu thập mẫu nghiên cứu, ghi nhận các dữ liệu lâm sàng trong hồ sơ bệnh án.

2) Cắt lát mô bướu, nhuộm HE và khảo sát mô bệnh học đánh giá độ ác tính (grad) mô học theo phân loại của Anneroth (1987), Bryne (1992) và WHO (2017). Chẩn đoán độ ác tính mô học của carcinôm tế bào gai dựa trên sự đồng thuận của 2 bác sĩ giải phẫu bệnh không biết các yếu tố lâm sàng của mẫu nghiên cứu.

3) Nhập và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Excel và STATA 14.0. Liên quan có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

Bảng 1. Phân loại độ ác tính mô học carcinôm tế bào gai của Anneroth (1987) [3]

Các yếu tố mô bệnh học	Số điểm			
	1	2	3	4
Hình thái tế bào bướu				
1. Độ sừng hóa tế bào	Cao (>50% tế bào)	Trung bình (20-50% tế bào)	Ít (5-20% tế bào)	Không (0-5% tế bào)
2. Dị dạng nhân	Ít (>75% tế bào bướu trưởng thành)	Trung bình (50-75% tế bào bướu trưởng thành)	Nhiều (25-50% tế bào trưởng thành)	Rất nhiều (0-25% tế bào trưởng thành)
3. Số phân bào/vi trường lớn	0-1	2-3	4-5	>5
Tương quan mô chủ - bướu				
4. Kiểu xâm lấn	Bờ đẩy tới, rõ	Bè, dây, dầy, nhóm lớn tế bào	Nhóm tế bào nhỏ hoặc dạng dây ≥ 15 tế bào	Nhóm < 15 tế bào và/ hoặc tb rời, bờ không rõ
5. Độ xâm lấn	Carcinoma in situ	Xâm lấn rõ, đến màng đáy	Xâm lấn cơ/ tuyến nước bọt/ màng xương	Xâm lấn xương
6. Lymphô bào	Rõ, liên tục	Vừa	Ít	Không có

Kết quả tổng điểm: Grad 1: 6 – 12 điểm; Grad 2: 13 - 18 điểm; Grad 3: 19 – 24 điểm.

Bảng 2. Phân loại độ ác tính mô học carcinôm tế bào gai của Bryne (1992) [4]

Đặc điểm	Điểm			
	1	2	3	4
1. Mức độ sừng hóa	Cao (>50% tế bào)	Trung bình (20-50%)	Ít (5-20%)	Không (0-5%)

2. Dị dạng nhân	Ít (>75% tế bào trưởng thành)	Trung bình (50-75%)	Nhiều (25-50%)	Rất nhiều (0-25%)
3. Kiểu xâm lấn	Đầy tới, bờ rõ	Dài, chuỗi đặc	Nhóm nhỏ hay dài >15 tế bào	Tế bào đơn hay nhóm (n< 15)
3. Lymphô bào	Nhiều	Trung bình	Ít	Không

Kết quả tổng điểm: Grad 1: 4-8 điểm; Grad 2: 9-12 điểm; Grad 3: 13-16 điểm.

Bảng 3. Phân loại độ ác tính mô học carcinôm tế bào gai của WHO (2017) [1]

Đặc điểm	Điểm		
	1	2	3
1. Độ sừng hóa	++ (nhiều)	+ (vừa)	- (ít hoặc không)
2. Dị dạng nhân	- (ít)	+ (vừa)	++ (nhiều)
3. Phân bào	- (hiếm)	+ (vừa, có phân bào bất thường)	++ (nhiều, có phân bào bất thường)

Kết quả tổng điểm: Biệt hóa cao/Grad 1: 3 điểm; Biệt hóa vừa/Grad 2: 4-6 điểm; Biệt hóa kém/Grad 3: 7-9 điểm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Ung thư hốc miệng gặp ở nam (78.4%) nhiều hơn nữ (21, \.6%), với tỉ số nam:nữ là 3,63:1.

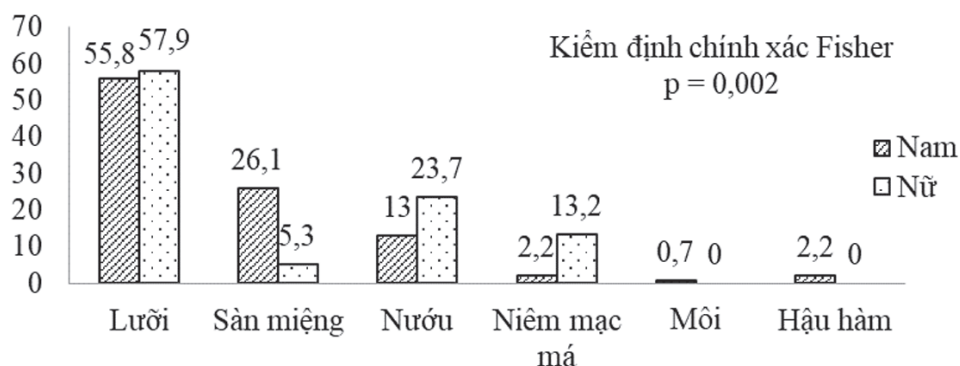
Đa số UTHM ở người từ 40 tuổi trở lên, chiếm tỉ lệ 85.8%, ở cả hai giới (p>0,05) (Bảng 4), sớm nhất 21 tuổi và lớn nhất 82 tuổi.

Bảng 4. Tuổi và giới tính của bệnh nhân UTHM

Nhóm tuổi	Tổng Số ca (%)	Nam Số ca (%)	Nữ Số ca (%)	p*
20-29	3 (1.7)	2 (1.4)	1 (2.6)	0,590
30-39	22 (12.5)	16 (11.6)	6 (15.8)	
40-49	34 (19.3)	27 (19.6)	7 (18.4)	
50-59	64 (36.4)	54 (39.1)	10 (26.3)	
60-69	46 (26.1)	34 (24.6)	12 (31.6)	
70-79	7 (4.0)	5 (3.6)	2 (5.3)	
Tổng	176 (100)	138 (78.4)	38 (21.6)	

*: Kiểm định chính xác Fisher

Ung thư xảy ra phổ biến nhất ở lưỡi cho cả hai giới (nam 55.8%; nữ 57.9%). Vị trí phổ biến kế tiếp đối với nam là sàn miệng (22.7%), nướu răng (13%), niêm mạc má (2.2%) và hậu hàm (2.2%); trong khi đó ở nữ vị trí phổ biến thứ hai là nướu răng (23.7%), kế đến là niêm mạc má (13.2%) và sàn miệng (5.3%) (Hình 1).



Hình 1. Phân bố UTHM theo vị trí và giới tính

Tỉ lệ di căn hạch cổ của UTHM là 42.6%. Tỉ lệ di căn hạch cao nhất ở bướu T4 (53.7%), cao hơn các bướu T1, T2 và T3 (34.6 – 42.9%); tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 5).

Bảng 5. Phân bố giai đoạn bướu nguyên phát theo di căn hạch cổ

Bướu nguyên phát (T)	Tổng Số ca (%)	Di căn hạch cổ		p*
		N0	N1,2,3	
T1	7 (4,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	0,132
T2	50 (28,4)	32 (64,0)	18 (36,0)	
T3	52 (29,5)	34 (65,4)	18 (34,6)	
T4	67 (38,1)	31 (46,3)	36 (53,7)	
Tổng	176 (100)	101 (57,4)	75 (42,6)	

*: Kiểm định chính xác Fisher

Đa số UTHM được phát hiện ở giai đoạn trễ (III và IV), chiếm tỉ lệ 79.5%. UTHM giai đoạn I có 4 ca (2.3%), giai đoạn II có 32 ca (18.2%), giai đoạn III có 57 ca (32.4%) và cao nhất giai đoạn IV có 83 ca (47.1%).

Độ tuổi thường xuất hiện UTHM nhất là trên 40 tuổi (85.8%), tỉ lệ phát hiện sớm (giai đoạn I và II) ở nhóm này rất thấp, chỉ chiếm 17.2%; trong khi ở nhóm dưới 40 tuổi, tỉ lệ ung thư sớm là 40% ($p < 0,05$) (Bảng 6). Cả bệnh nhân nam (81.9%) và nữ (71%) thường đến khám khi bướu đã ở giai đoạn trễ (giai đoạn III và IV) ($p > 0,05$). Vị trí ung thư liên quan có ý nghĩa với giai đoạn lâm sàng của UTHM ($p < 0,05$).

Bảng 6. Liên quan giữa tuổi, giới, vị trí ung thư với giai đoạn UTHM

UTHM		Tổng Số ca (%)	Giai đoạn lâm sàng		p
			I + II	III + IV	
Tuổi	< 40	25 (14,2)	10 (40,0)	15 (60,0)	0,009*
	≥ 40	151 (85,8)	26 (17,2)	125 (82,8)	
Giới	Nữ	38 (21,6)	11 (28,9)	27 (71,1)	0,143*
	Nam	138 (78,4)	25 (18,1)	113 (81,9)	
Vị trí	Lưỡi	99 (56,3)	28 (28,3)	71 (71,7)	0,010**
	Sàn miệng	38 (21,6)	7 (18,4)	31 (81,6)	
	Nướu	27 (15,3)	0 (0)	27 (100)	
	Niêm mạc má	8 (4,5)	1 (12,5)	7 (87,5)	
	Môi	1 (0,6)	0 (0)	1 (100)	
	Hậu hàm	3 (1,7)	0 (0)	3 (100)	
Tổng		176 (100)	36 (20,5)	140 (79,5)	

*: Kiểm định Chi bình phương, **: Kiểm định chính xác Fisher

3.2. So sánh kết quả grad mô học của UTHM giữa ba phân loại

Bảng 7. So sánh kết quả grad mô học của UTHM giữa phân loại của WHO (2017), Bryne (1992) và Anneroth (1987)

Giải phẫu bệnh UTHM (n = 176)		Phân loại grad mô học (số ca, %)		
		WHO 3 yếu tố (1) + (2) + (3)	Bryne 4 yếu tố (1) + (2) + (4) + (6)	Anneroth 6 yếu tố (1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6)
(1) Sùng hóa	1 (cao)	107 (60.8)	107 (60.8)	107 (60.8)
	2 (vừa)	63 (35.8)	63 (35.8)	63 (35.8)
	3+4 (kém/không)	6 (3.4)	6 (3.4)	6 (3.4)
(2) Dị dạng nhân	1 (ít)	81 (46.0)	81 (46.0)	81 (46.0)
	2 (vừa)	77 (43.8)	77 (43.8)	77 (43.8)
	3+4 (nhiều)	18 (10.2)	18 (10.2)	18 (10.2)
(3) Phân bào	1 (ít)	126 (71.6)		126 (71.6)
	2 (vừa)	39 (22.2)		39 (22.2)
	3+4 (nhiều)	11 (6.3)		11 (6.3)
(4) Kiểu xâm lấn	1 +2 (đầy tớii/dãi)		47 (26.7)	47 (26.7)
	3 Nhóm lớn		52 (29.5)	52 (29.5)
	4 Nhóm nhỏ/rời		77 (43.8)	77 (43.8)

(5) Độ xâm lấn	1 (mô đệm niêm)			0 (0)
	2 (gần cơ)			37 (21.0)
	3 (cơ, xương, da)			139 (79.0)
(6) Lim phô bào	1 (cao)		85 (48.3)	85 (48.3)
	2 (vừa)		56 (31.8)	56 (31.8)
	3 +4 (ít/không)		35 (19.9)	35 (19.9)
Grad mô học (theo tổng điểm)	Grad 1	(3 điểm): 76 (43.2)	(4 → 8 điểm): 96 (54.5)	(6 → 12 điểm): 89 (50.6)
	Grad 2	(4 → 6 điểm): 89 (50.6)	(9 → 12 điểm): 76 (43.2)	(13 → 18 điểm): 82 (46.6)
	Grad 3	(7 → 9 điểm): 11 (6.3)	(13 → 16 điểm): 4 (2.3)	(19 → 24 điểm): 5 (2.8)

Hệ số Kappa giữa WHO và Bryne = 0.67; $p < 0,001$

Hệ số Kappa giữa WHO và Anneroth = 0.75; $p < 0,001$

Hệ số Kappa giữa Bryne và Anneroth = 0.89; $p < 0,001$

Trong số 176 ca UTHM, có 144 ca cho kết quả grad mô học giống nhau giữa ba phân loại, chiếm tỉ lệ đồng thuận cao 81.8% (Bảng 8).

Bảng 8. Đối sánh kết quả grad mô học UTHM giữa ba phân loại

WHO	Bryne	Anneroth		
		Grad 1	Grad 2	Grad 3
Grad 1	Grad 1	74 (42,0)		
	Grad 2		2 (1,1)	
	Grad 3			
Grad 2	Grad 1	14 (8,0)	8 (4,5)	
	Grad 2	1 (0,6)	66 (37,5)	
	Grad 3			
Grad 3	Grad 1			
	Grad 2		6 (3,4)	1 (0,6)
	Grad 3			4 (2,3)

Phân tích 32 ca (18.2%) UTHM khác nhau grad mô học giữa ba phân loại cho thấy phân loại WHO (2017) cho kết quả thường cao hơn so với của Anneroth và Bryne (Bảng 9).

Bảng 9. Grad mô học khác nhau của 32 ca UTHM giữa ba phân loại

Carcinôm tế bào gai hốc miệng	Khác grad mô học (n = 32)		
	WHO Số ca (%)	Bryne Số ca (%)	Anneroth Số ca (%)
Grad 1	2 (6.3)	22 (68.8)	15 (46.9)
Grad 2	23 (71.9)	10 (31.3)	16 (50.0)
Grad 3	7 (21.9)	0 (0)	1 (3.1)

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Kết quả cho thấy đa số UTHM ở cả hai giới có độ tuổi từ 40 tuổi trở lên (chiếm tỉ lệ 85.5%), và tỷ lệ này tăng dần theo tuổi. Nhận định này phù hợp với y văn thế giới [1]. Tỷ lệ UTHM ở người trẻ dưới 40 tuổi là 14.2%, hơi tăng so với nghiên cứu trong nước trước đây [5]. UTHM gặp ở nam nhiều hơn nữ, với tỉ số nam: nữ là 3,63:1, Kết quả tương tự tỉ lệ 3,17:1 trong nghiên cứu của Gupta và c.s (2020) [6] nhưng lại cao hơn so với các nghiên cứu trong nước [5] cho thấy xu hướng UTHM ở nước ta đang càng trội ở nam giới. Mặt khác, nam giới bị UTHM sớm hơn ở nữ.

Đa số UTHM xảy ra ở lưỡi (56.3%), tiếp theo là sàn miệng (21.6%), nướu răng (15.3%), niêm mạc má (4.5%), hậu hàm (1.7%) và môi (0.6%). Ba vị trí nguy cơ cao UTHM là lưỡi, sàn miệng và nướu răng, phù hợp với kết quả nghiên cứu trong nước [5]. Ở nam, thường gặp ở lưỡi, sàn miệng và nướu răng; trong khi đó ở nữ vị trí phổ biến lần lượt là lưỡi, nướu răng và niêm mạc má. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Pires và c.s. (2013) [7].

UTHM dù ở vị trí nào trong hốc miệng thì bệnh cũng đều được phát hiện hầu hết ở giai đoạn trễ (79.5%), tương tự các nghiên cứu trong nước [5]. Tỷ lệ UTHM giai đoạn trễ ở người trên 40 tuổi (82.8%) cao hơn rõ so với ở người trẻ (60%) ($p < 0,5$). Vị trí ung thư liên quan có ý nghĩa với giai đoạn lâm sàng UTHM ($p < 0,05$), Tỷ lệ giai đoạn trễ tăng dần từ ung thư ở lưỡi (71.1%), sàn miệng (81.6%), niêm mạc má (87.5%), nướu răng và hậu hàm (100%). Tỉ lệ di căn hạch cổ trên lâm sàng là 42.6%, tương tự kết quả 43% của Acharya và c.s. [8].

4.2. Về độ ác tính mô học giữa các phân loại

Xếp grad mô học theo phân loại Anneroth (1987) cho kết quả tỉ lệ cao nhất ở grad 1 (50.6%), kể đến grad 2 (46.6%), ít gặp grad 3 (2.8%). Điều này phù hợp với kết quả các nghiên cứu trong nước [5]. Tương tự, theo phân loại Bryne (1992) cũng cho tỉ lệ cao nhất ở grad 1 (54.5%), kể đến grad 2 (43.2%) và grad 3 (2.8%). Tuy nhiên, theo phân loại WHO (2017), tỉ lệ cao nhất ở grad 2 (50.6%), kể đến grad 1 (43.2%), cũng ít gặp grad 3 (6.3%). Kết quả tương tự nghiên cứu của Pires và c.s. (2013) khi cùng sử dụng phân loại WHO cho kết quả 27% biệt hoá cao, 40% biệt hoá vừa and 21% biệt hoá kém, 7,5% carcinôm vi xâm lấn, còn lại là các biến thể của carcinôm tế bào gai [7].

Về liên quan di căn hạch, nghiên cứu của Akhter và c.s. (2011) ghi nhận cả hai phân loại Anneroth và Broder liên quan có ý nghĩa nhưng của Anneroth ($p = 0,002$) cao hơn của Broder ($p = 0,012$) [9]. Về tiên lượng bệnh, Wagner và c.s. (2017) [10] kết luận phân loại Bryne (1992) có giá trị tiên lượng hơn của WHO và Anneroth (1989). Tương tự, nghiên cứu của Vissa và c.s. (2019) [11] cũng tìm thấy phân loại Bryne tại giao diện xâm lấn có giá trị tiên lượng. Nghiên cứu hồi cứu 392 bệnh nhân ung thư tế bào gai hốc miệng của Kreppel và c.s. (2016) [12] cho thấy tỉ lệ khác nhau cao đến 40% giữa xếp giai đoạn lâm sàng và xếp giai đoạn sau khi có giải phẫu bệnh của bệnh phẩm mổ.

Khi có sự khác nhau, giai đoạn lâm sàng bước nguyên phát thường cao hơn và giai đoạn lâm sàng của hạch cổ thường thấp hơn. Phân tích đa biến cho thấy chỉ có pT và pN có giá trị tiên lượng UTHM. Mặc dù có sự tiến bộ của các kỹ thuật hình ảnh tân tiến nhưng pTNM có ý nghĩa tiên lượng cao hơn cTNM.

Theo Almangush và c.s. (2020), mặc dù phân loại WHO (2017) ít có giá trị tiên lượng nhưng chỉ xét 3 yếu tố chính nên dễ áp dụng, đơn giản hơn, nhanh hơn [13]. Nghiên cứu này tìm thấy mức độ đồng thuận cao về kết quả grad mô học giữa phân loại WHO với Anneroth (K=0,75), giữa WHO với Bryne (K=0,67), mức độ rất cao giữa phân loại Bryne với Anneroth (K=0,89). Do đó, chúng tôi ủng hộ sử dụng phổ biến phân loại WHO trong thực hành chẩn đoán hàng ngày.

Khi có kết quả khác nhau, phân loại của WHO thường xếp grad mô học cao hơn so với phân loại của Anneroth và Bryne. Trong một phân tích gộp năm 2022 của Elseragy và c.s., kiểu xâm lấn và tỷ số mô chủ-bước có giá trị tiên lượng trong UTHM sớm [14]. Nghiên cứu của Wunschel và c.s. (2021) tìm thấy độ xâm lấn bước có giá trị tiên đoán cao nhất về di căn hạch và tiên lượng [15]. Shetty và c.s. (2020) tìm thấy độ sùng hóa, dị dạng nhân, kiểu xâm lấn và đáp ứng limphô bào tại giao diện xâm lấn của bước trong phân loại Bryne có giá trị tiên lượng di căn hạch so với các vùng nông [16]. Ba yếu tố về tương quan chủ - bước nêu trên không có trong phân loại của WHO (2017).

5. KẾT LUẬN

Hệ thống phân loại độ ác tính (grad) mô học của carcinôm tế bào gai của WHO (2017) chỉ đánh giá trên 3 tiêu chí bao gồm mức độ sùng hoá, dị dạng nhân và phân bào, nhưng kết quả xếp grad mô học vẫn đạt được sự đồng thuận cao với kết quả theo phân loại Anneroth (1987) và phân loại Bryne (1992). Do đơn giản hơn nên phân loại của WHO (2017) có thể được áp dụng thường quy trong chẩn đoán giải phẫu bệnh carcinôm tế bào gai hốc miệng.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng cấp kinh phí thực hiện dưới mã số đề tài GVTC5.07.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] A.K. El-Naggar, J. Chan, J. Grandis, T. Takata, and P. Slootweg, *WHO classification of head and neck tumours*, 4th edition, pp.105–111, 2017.
- [2] F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram *et al.*, “Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries”, *CA Cancer J Clin*, vol. 68, pp. 394-424, 2018.
- [3] G. Anneroth, J. Batsakis, and M. Luna, “Review of the literature and a recommended system of malignancy grading in oral squamous cell carcinomas”, *Scand J Dent Res*, vol. 95, pp. 229-49, 1987.
- [4] M. Bryne, H.S. Koppang, R. Lilleng *et al.*, “Malignancy grading of the deep invasive margins of oral squamous cell carcinoma has high prognostic value”, *J Pathol*, vol. 166, pp. 375-81, 1992.
- [5] N.T. Hồng, T.T.K. Cúc, N.T.P. Thảo và N.C. Hùng, “Tình hình UTNMM qua các nghiên cứu tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (1996 - 2006)”, *Tạp chí Y học Tp.HCM*, tập 11, tr. 31-36, 2007.
- [6] S. Gupta, M. Kamboj, A. Narwal *et al.*, “Knowing the unknown in oral squamous cell carcinoma: An observational study”, *J Can Res Ther*, vol. 16, pp.494-9, 2020.
- [7] F.R. Pires, A.B. Ramos, and J.B.C. de Oliveira, “Oral squamous cell carcinoma:

- clinicopathological features from 346 cases from a single Oral Pathology service during an 8-year period”, *J Appl Oral Sci*, vol. 21, issue 5, pp. 460-7, 2013.
- [8] S. Acharya, A.T. Sivakumar, and S. Shetty, “Cervical lymph node metastasis in oral squamous cell carcinoma: A correlative study between histopathological malignancy grading and lymph node metastasis”, *Ind J Dent Res*, vol. 24, pp. 599-604, 2013.
- [9] M. Akhter, S. Hossain, Q.B. Rahman, and M.R. Molla, “A study on histological grading of oral squamous cell carcinoma and its co-relationship with regional metastasis”, *J Oral Maxillofac Pathol*, vol.15, issue 2, pp.168-76, 2011.
- [10] V.P. Wagner, L.P. Webber, M. Curra *et al.*, “Bryne’s grading system predicts poor disease-specific survival of oral squamous cell carcinoma: A comparative study among different histologic grading systems”, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, vol. 123, issue 6, pp. 688-96, 2017.
- [11] S. Vissa, K. Nivedita, K. Durga, “A comparative study between Broders and Brynes grading system of oral squamous cell carcinoma in relation to histopathological prognostic factors”, *Saudi J Pathol Microbiol*, pp.719-24, 2019.
- [12] M. Kreppel, P. Nazarli *et al.*, “Clinical and histopathological staging in oral squamous cell carcinoma: Comparison of the prognostic significance”, *Oral Oncol*, vol. 60, pp. 68-73, 2016.
- [13] A. Almangush, A.A. M#kitie, A. Triantafyllou *et al.*, “Staging and grading of oral squamous cell carcinoma: An update”, *Oral Oncol*, vol. 107, p.104799, 2020.
- [14] A. Elseragy, I.O. Bello, A. Wahab *et al.*, “Emerging histopathologic markers in early-stage oral tongue cancer: A systematic review and meta-analysis”, *Head Neck*, vol. 44, pp.1481-91, 2022.
- [15] M. Wunschel, M. Neumeier, K. Utpatel *et al.*, “Staging more important than grading? Evaluation of malignancy grading, depth of invasion, and resection margins in oral squamous cell carcinoma”, *Clin Oral Invest*, vol. 25, pp. 1169-82, 2021.
- [16] R. Shetty, “Histologic grading of the tumor/tissue interface to predict lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the tongue”, *Dent Med Probl*, vol. 57, issue 3, pp. 233-38, 2020.