hay phối hợp sụn-màng sụn tùy làm việc đánh giá xem bệnh nhân ngoài việc có thủng nhĩ thì có bị khuyết hay lõm thượng nhĩ kèm theo hay không. Khi có khuyết hay lõm thượng nhĩ thì dùng mảnh sụn nắp bình tai che chỗ khuyết hay lõm sau đó mới phủ mảnh màng sụn. Đây là một chọn lựa phù hợp giúp hạn chế việc rút lõm màng nhĩ sau can thiệp góp phần tăng tỉ lệ thành công của phẫu thuật ở thời điểm sau can thiệp 06 tháng. Do vậy, khi đánh giá có hiện tượng khuyết hay lõm thượng nhĩ cần cân nhắc gia cố mảnh ghép bằng miếng sụn nắp bình tai. Việc can thiệp qua nội soi có thể thực hiện được dễ dàng và đánh giá được toàn bộ các tổn thương, giúp mang lại hiệu quả cao.

## V. KẾT LUẬN

Vá nhĩ qua nội soi ở 102 bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) có thủng màng nhĩ bằng màng sụn đơn thuần hay sụn-màng sụn của nắp bình tai mang lại kết quả cải thiện trong việc phục hồi hình thái màng nhĩ và phục hồi thính lực, với kết quả ghi nhận khi theo dõi một tháng và sáu tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ chữa lành là 95,1% sau 6 tháng theo dõi, tất cả bệnh nhân đều cải thiện thính lực và không có trường hợp mất thính lực nặng. Ghi nhận 02 trường hợp thủng lại ở thời điểm 06 tháng trên màng nhĩ đã lành kín khi kiểm tra ở thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật. Việc kết hợp linh hoạt màng sụn, sụn-màng sụn làm mảnh ghép sẽ giúp màng lại hiệu quả tốt cho bệnh nhân. Sử dụng nội soi giúp tiếp cận và xử trí mang lại nhiều ưu điểm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Phạm Ngọc Chất, Phan Xuân Hoạ, Phạn Thị Mộng Thơ** (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật vá nhĩ lại ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính", Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 22 (6).
2. **Abdulvahap A. et al** (2017), Endoscopic tympanoplasty. Journal of Otology Volume 12, Issue 2, June 2017, Pages 62-67. https://doi.org/10.1016/j.joto.2017.04.004
3. **Emmett SD, Kokesh J, Kaylie D.** Chronic Ear Disease. Med Clin North Am. 2018 Nov;102(6):1063-1079. [PubMed]
4. **Head K, Chong LY, et al** (2020). Topical antiseptics for chronic suppurative otitis media. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jan 06;1(1):CD013055. [PMC free article] [PubMed]
5. **Indorewala S, et al** (2015). Tympanoplasty outcomes: a review of 789 cases. Iran J Otorhinolaryngol. 2015 Mar;27(79):101-8. [PMC free article] [PubMed]
6. **Leach AJ, và cộng sự** (2021). Otitis media guidelines for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander children: summary of recommendations. Med J Aust. 2021 Mar; 214(5):228-233.
7. **Mangia et al** (2023), Success rates and predictors of outcomes of type I tympanoplasty performed by residents in a teaching tertiary hospital. Journal of Otology Volume 18, Issue 4, October 2023, Pages 214-219. https://doi.org/ 10.1016/j.joto.2023.09.003
8. **Master A, Wilkinson E, Wagner R.** Management of Chronic Suppurative Otitis Media and Otosclerosis in Developing Countries. Otolaryngol Clin North Am. 2018 Jun;51(3):593-605.
9. **Naderpour M et al** (2016). Evaluation of Factors Affecting the Surgical Outcome in Tympanoplasty. Iran J Otorhinolaryngol. 2016 Mar;28(85):99-104. [PMC free article] [PubMed]
10. **Yurttas, V., et al** (2015). Factors that may Affect Graft Success in Tympanoplasty with Mastoidectomy. ENT Updates, 5, pp. 9e12.


# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN BẰNG PHÁC ĐỒ GEMCITABINE - OXALIPLATIN - BEVACIZUMAB TẠI BỆNH VIỆN K

**Đỗ Anh Tú[1], Trần Mai Phương[1], Vũ Huyền Trang[1], Nguyễn Thị Vân[1]**


## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư đường mật giai đoạn tiến triển bằng phác đồ gemcitabine- oxaliplatin –bevacizumab. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 32 bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển được điều trị bằng phác đồ gemcitabine- oxaliplatin –bevacizumab tại bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ =1,67/1. Giai đoạn bệnh: tái phát 5 bệnh nhân, di căn 26 bệnh nhân, tiến triển tại chỗ 1 bệnh nhân. Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng. CA19.9 tăng trong 59,4% các trường hợp. Tỷ lệ đáp ứng đạt 41,9%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 67,7%. Trung vị PFS đạt 5,5 tháng. Độc tính do bevacizumab gặp ở 25% trường hợp, có 3 bệnh nhân phải dừng điều trị vĩnh viễn. **Kết luận:** Điều trị ung thư đường mật giai đoạn tiến triển bằng phác đồ gemcitabine-oxaliplatin-bevacizumab mang lại tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh cao, kéo dài thời gian sống bệnh không tiến triển. ***Từ khóa:*** Ung thư đường mật, bevacizumab.



[1]*Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú
Email: doanhtu.bvk@gmail.com


Ngày nhận bài: 2.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025

## SUMMARY

### RESULTS OF TREATMENT ADVANCED STAGE BILIARY TRACT CANCERS BY REGIMEN GEMCITABINE-OXALIPLATIN-BEVACIZUMAB AT K HOSPITAL

**Objectives:** Evaluate the results of treatment advanced stage biliary tract cancers by regimen gemcitabine-oxaliplatin-bevacizumab at K hospital. **Patients and Methods:** 32 patients biliary tract cancers at advanced stage was treated with regimen gemcitabine-oxaliplatin-bevacizumab at K hospital from January 2021 to June 2024. **Results:** Male/female =1.67/1. Recurrent disease in 5 and metastastic disease in 26, locally advanced stage in 1. Main reason go to hospital is abdominal pain. Elevated CA19.9 in 59.4%. The overall response rate was 41.9% and disease control rate was 67.7%. Median PFS was 5.5 months. Bevacizumab-induced toxicity occurred in 25% of cases, and 3 patients had to permanently discontinue treatment. **Conclusion:** Treatment advanced stage biliary tract cancers by regimen gemcitabine-oxaliplatin-bevacizumab have both response rate and disease control rate high and prolong progression free survival.


***Keywords:*** biliary tract cancers, bevacizumab.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật (biliary tract cancers) là bệnh lý ác tính của các tế bào biểu mô hệ thống đường mật bao gồm đường mật trong gan, ngoài gan và đường mật phụ (túi mật, ống túi mật).[1] Khác với ung thư tế bào gan nguyên phát, ung thư đường mật (UTĐM) là một bệnh ít gặp hơn và có tiên lượng xấu. Theo báo cáo SEER năm 2023, UTĐM chỉ chiếm chưa đến 3% các bệnh ung thư tại đường tiêu hóa.[2] Yếu tố phát triển nội mô mạch máu (VEGF) đóng vai trò quan trọng trong điều hòa tăng sinh mạch khối u. Bộc lộ VEGF được phát hiện ở ung thư đường mật và túi mật và thường ở giai đoạn muộn, có tiên lượng xấu.[3] Nghiên cứu hồi cứu tiến hành trên 57 bệnh nhân UTĐM tiến triển tại Pháp điều trị bằng Gemcitabine – Oxaliplatin (nhóm A) hoặc Gemcitabine – Oxaliplatin – Bevacizumab (nhóm B) ghi nhận PFS của 2 nhóm lần lượt là 3,72 tháng và 6,48 tháng, tỷ lệ đáp ứng lần lượt là 16% và 25% tuy nhiên không có sự khác biệt về sống còn toàn bộ.[4] Các phương pháp mới hiện nay có điều trị miễn dịch kết hợp cùng hóa chất hay điều trị đích cải thiện đáng kể tỷ lệ sống thêm toàn bộ cho người bệnh nhưng chi phí điều trị tốn kém và chỉ có một phần bệnh nhân đáp ứng được điều kiện kinh tế để điều trị. Bevacizumab được sử dụng phổ biến ở viện K với chi phí hợp lý, đã có một số bệnh nhân UTĐM được điều trị bằng bevacizumab tuy nhiên cho đến nay chưa có báo cáo nào đánh giá kết quả điều trị với phác đồ kết hợp Gemcitabine – Oxaliplatin – Bevacizumab trên bệnh nhân UTĐM. Điều này thúc đẩy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô đường mật giai đoạn tiến triển tại bệnh viện K.
2. Đánh giá kết quả điều trị phác đồ trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 32 bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển được điều trị bằng phác đồ gemcitabine - oxaliplatin - bevacizumab tại bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2024.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô đường mật.
- Bệnh giai đoạn di căn hoặc quá chỉ định phẫu thuật hoặc tái phát sau khi kết thúc điều trị bổ trợ ít nhất 6 tháng.
- Có tổn thương đánh giá được trên chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST 1.1
- Được điều trị phác đồ gemcitabine-oxaliplatin–bevacizumab (GEMOX-BEVA) ít nhất 4 chu kỳ
- Chỉ số toàn trạng ECOG: PS 0-2
- Chức năng gan, thận, tim mạch, huyết học trong giới hạn cho phép điều trị

***Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân có di căn não hoặc có các bệnh đồng mắc trầm trọng.
- Bệnh nhân bị bệnh lý thần kinh ngoại vi từ độ 2 trở lên hoặc có protein niệu > 2g/ngày
- Bệnh nhân có chống chỉ định dùng Bevacizumab như mới trải qua phẫu thuật lớn trong vòng 28 ngày trước điều trị, mắc các bệnh lý tim mạch trầm trọng: tăng huyết áp không kiểm soát, mới bị nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng, đau thắt ngực không ổn định, suy tim NYHA II trở lên
- BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn, không được đánh giá đầy đủ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

***2.2.1. Thiết kế nghiên cứu***

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán UTĐM tiến triển tại chỗ, tái phát hoặc di căn được điều trị hóa chất phác đồ gemcitabine - oxaliplatin - bevacizumab chu kỳ 14 ngày.

Gemcitbine 1000mg/m2 da, oxaliplatin 85mg/m2 da, bevaxizumab 10mg/kg. Liều lượng

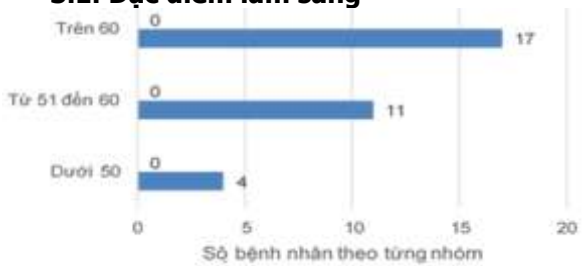
thuốc được tính và thay đổi theo diện tích da cơ thể (dựa theo chiều cao, cân nặng của bệnh nhân).

Đánh giá đáp ứng sau mỗi 4 chu kỳ hóa chất. Ghi nhận tác dụng phụ của phác đồ.

***2.2.2. Xử lý số liệu.*** Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng




***Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi***

- Độ tuổi trung bình là 60,9. Tuổi thấp nhất là 44, cao nhất là 78. Độ tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi, chiếm 53,1%.
- Giới nam/nữ = 1,67/1

***Bảng 3.1. Lý do vào viện***

| | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---|---|---|
| Đau bụng | 19 | 59,4 |
| Gầy sút cân | 3 | 9,4 |
| Mệt mỏi | 3 | 9,4 |
| Vàng da | 4 | 12,5 |
| Sờ thấy hạch cổ | 1 | 3,1 |
| Khám định kỳ | 2 | 6,2 |
| **Tổng** | **32** | **100** |

***Nhận xét:*** Các bệnh nhân vào viện chủ yếu vì đau bụng, chiếm 59,4%. Có 2 trường hợp khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh, chiếm 6,2%.

### 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

***Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng***

| Vị trí u nguyên phát | n | Tỷ lệ % |
|---|---|---|
| Đường mật trong gan | 24 | 75 |
| Đường mật ngoài gan | 2 | 6 |
| Đường mật rốn gan | 2 | 6 |
| Túi mật | 4 | 13 |
| **Giai đoạn bệnh** | | |
| Tiến triển tại chỗ | 1 | 3,1 |
| Di căn | 26 | 81,3 |
| Tái phát | 5 | 15,6 |
| **Vị trí di căn** | | |
| Gan | 20 | 64,5 |
| Hạch thượng đòn | 1 | 3,2 |
| Phúc mạc | 5 | 16,1 |
| Phổi | 8 | 25,8 |
| Xương | 1 | 3,2 |
| Thượng thận | 1 | 3,2 |
| **CA19.9** | | |
| ≤35 (U/ml) | 13 | 40,6 |
| >35-500 (U/ml) | 9 | 28,1 |
| >500 (U/ml) | 10 | 31,3 |

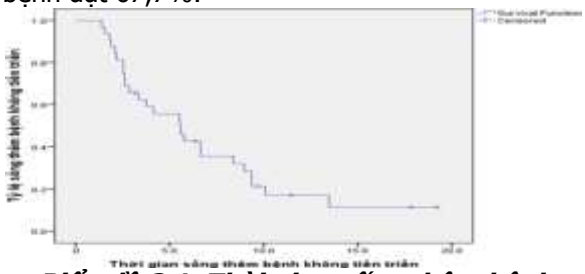
***Nhận xét:*** Ung thư đường mật trong gan chiếm 75% tổn các ca bệnh. Đa số bệnh nhân đã có di căn chiếm 81,3% các trường hợp. Vị trí di căn thường gặp nhất là gan và phổi, chiếm lần lượt 64,5% và 25,8%.Tăng CA19.9 trước điều trị chiếm 59,4%.

### 3.3. Kết quả điều trị

***Bảng 3.3. Đáp ứng điều trị***

| Đáp ứng điều trị | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---|---|---|
| Đáp ứng hoàn toàn | 1 | 3,2 |
| Đáp ứng 1 phần | 12 | 38,7 |
| Bệnh ổn định | 8 | 29,0 |
| Bệnh tiến triển | 10 | 32,3 |
| **Tổng** | **31** | **100** |

Tỷ lệ đáp ứng đạt 41,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 67,7%.



***Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển***

Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (mPFS) là 5,5 tháng, kết quả giao động từ 1,4 -19,2 tháng.

***Bảng 3.4. Liên quan giữa mPFS và một số yếu tố***

| | | Trung vị PFS (tháng) | p |
|---|---|---|---|
| Tuổi | ≥65 | 2,6 | 0,124 |
| | <65 | 6,6 | |
| Di căn phúc mạc | Có | 3,3 | 0,187 |
| | Không | 5,7 | |
| CA19.9 trước điều trị | >500 U/mL | 2,5 | 0,075 |
| | ≤500 U/mL | 5,7 | |
| Thay đổi CA19.9 sau 4 chu kỳ | Tăng | 2,5 | 0,08 |
| | Giảm | 6,6 | |

***Nhận xét:*** Bệnh nhân ≥65 tuổi, có di căn phúc mạc, CA19.9 trước điều trị >500 U/mL hoặc tăng CA19.9 sau 4 chu kỳ hóa chất là nhóm có PFS thấp hơn nhóm còn lại, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Độc tính trên huyết học, gan thận: đa số gặp ở độ 1, độ 2 trong đó thường gặp nhất là hạ tiểu cầu.

Độc tính do bevacizumab: 5 trường hợp tăng huyết áp độ 1, 1 tăng huyết áp độ 4, 2 nhồi máu não. Tỷ lệ gặp tác dụng phụ của bevacizumab là

25%. Ba bệnh nhân phải dừng điều trị vĩnh viễn – chiếm 9,4%.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 32 bệnh nhân UTĐM giai đoạn tiến triển tại chỗ, di căn hoặc tái phát trong đó có 20 bệnh nhân nam và 12 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/nữ = 1,67/1. Tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 53,1%. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Theo y văn, lứa tuổi thường gặp của UTĐM là trên 50 tuổi.[5] Tác giả Nịnh Thị Thảo (2021)[6] đánh giá trên 55 bệnh nhân UTĐM giai đoạn muộn với nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 43,3%, tỷ lệ nam/nữ = 1,75/1. Đa số các bệnh nhân đi khám khi có triệu chứng bất thường. Trong nghiên cứu này chỉ có 6,2% trường hợp khám sức khỏe phát hiện bệnh, lý do thường gặp nhất khiến bệnh nhân nhập viện là đau bụng. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Nịnh Thị Thảo. Tỷ lệ bệnh nhân UTĐM trong gan chiếm đến 75%, trong khi các nghiên cứu về dịch tễ UTĐM thì u ở vị trí rốn gan lại thường gặp nhất- chiếm khoảng 70%. Khác biệt này là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chưa mang tính đại diện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 67,7% (tỷ lệ đáp ứng là 41,9%), trung vị PFS đạt 5,5 tháng. Nghiên cứu pha II của tác giả Andrew X Zhu và cộng sự trên 35 bệnh nhân UTĐM giai đoạn tiến triển được điều trị bằng phác đồ GEMOX-BEVA tỷ lệ đáp ứng đạt 40%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 69%, mPFS là 7 tháng và có tới 63% các bệnh nhân chưa tiến triển tại thời điểm 6 tháng.[7] Nghiên cứu của tác giả Sung Nan Pei bằng điều trị với phác đồ Gemcitabine-Cisplatin- Bevacizumab đạt tỷ lệ đáp ứng lên đến 50%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 80%.[8]

Khi phân tích các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, các bệnh nhân ≥65 tuổi, có di căm phúc mạc, có CA19.9 trước điều trị >500U/mL hoặc không giảm CA19.9 sau 4 chu kỳ hóa chất có PFS thấp hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn ít, thời gian theo dõi chưa đủ dài. Tác giả Nịnh Thị Thảo (2021) cũng ghi nhận mPFS của nhóm tăng CA19-9 và CA19-9 bình thường trước điều trị cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê (5,6 tháng và 8,6 tháng). Trong khi nhóm tác giả Huyng Song Park lại ghi nhận nồng độ CA19-9 ≥120U/mL là yếu tố tiên lượng xấu.[9] Từ đó cho thấy nồng độ CA19.9 trước điều trị ít có vai trò trong dự đoán thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của bệnh nhân UTĐM giai đoạn muộn. Di căn phúc mạc từ lâu được coi là yếu tố tiên lượng xấu của nhiều bệnh như ung thư dạ dày, ung thư đại trực tràng. Trong ung thư đường mật giai đoạn muộn chưa có dữ liệu về tiên lượng của nhóm bệnh nhân có di căn phúc mạc nhưng 1 nghiên cứu trên các bệnh nhân ung thư đường mật đã được phẫu thuật triệt căn, những bệnh nhân có dịch rửa ổ bụng dương tính nhanh tái phát và sống còn ngắn hơn nhóm có dịch rửa ổ bụng âm tính.[10] Điều đó gián tiếp phản ánh khi có tế bào ung thư reo rắc trong ổ bụng là yếu tố tiên lượng xấu.

Độc tính của bevacizumab trong phác đồ này gặp ở 25% bệnh nhân, 3 trường hợp ngừng điều trị vĩnh viễn – chiếm 9,4%. Khi so sánh với kết quả của nhóm tác giả Andrew X Zhu[7,] tỷ lệ ngừng điều trị do độc tính là 17,1%. Tỷ lệ tăng huyết áp của bệnh nhân dùng bevacizumab liều thấp (5-7,5mg/kg) và liều cao (10-15mg/kg) trên một phân tích tổng hợp trên 1850 bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn  lần lượt là 2,7-32% và 17,6-36%. Trong nghiên cứu này, bevacizumab được sử dụng với liều 10 mg/kg, ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp là 18,7%. Huyết khối động mạch cũng thường gặp ở các bệnh nhân ≥65 tuổi hơn so với nhóm chứng khi đánh giá trên các bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn muộn. Do đó cần phải đánh giá kỹ bệnh nhân trước điều trị, lựa chọn những bệnh nhân phù hợp để hạn chế tối đa tác dụng phụ khi dùng thuốc kháng tăng sinh mạch trên đối tượng cao tuổi.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị ung thư đường mật giai đoạn tiến triển bằng phác đồ gemcitabine - oxaliplatin - bevacizumab mang lại tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh cao, kéo dài thời gian sống bệnh không tiến triển. Cần có sự theo dõi chặt chẽ hơn về tác dụng phụ của thuốc để hạn chế tỷ lệ kết thúc điều trị do độc tính của phác đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Banales, J. M. et al.** Cholangiocarcinoma: current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 13, 261–280 (2016).
2. **Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S. & Jemal, A.** Cancer statistics, 2023. CA. Cancer J. Clin. 73, 17–48 (2023).
3. **Hida, Y. et al.** Vascular endothelial growth factor expression is an independent negative predictor in extrahepatic biliary tract carcinomas. Anticancer Res. 19, 2257–2260 (1999).
4. **Bréchon, M. et al.** Addition of an antiangiogenic therapy, bevacizumab, to gemcitabine plus oxaliplatin improves survival in advanced biliary tract cancers. Invest. New Drugs 36, 156–162 (2018).

5. **Kirstein, M. M. & Vogel, A.** Epidemiology and Risk Factors of Cholangiocarcinoma. Viszeralmedizin 32, 395–400 (2016).
6. **Nịnh Thị Thảo.** Kết quả hóa trị phác đồ gemcitabine-cisplatin trong ung thư đường mật giai đoạn muộn. Luận văn thạc sĩ đại học Y Hà Nội (2021).
7. **Zhu, A. X. et al.** Efficacy and safety of gemcitabine, oxaliplatin, and bevacizumab in advanced biliary-tract cancers and correlation of changes in 18-fluorodeoxyglucose PET with clinical outcome: a phase 2 study. Lancet Oncol. 11, 48–54 (2010).
8. **Pei, S.-N. et al.** A Novel Combination of Bevacizumab with Chemotherapy Improves Therapeutic Effects for Advanced Biliary Tract Cancer: A Retrospective, Observational Study. Cancers 13, 3831 (2021).
9. **Park, H. S. et al.** Prognostic Factors and Scoring Model for Survival in Metastatic Biliary Tract Cancer. Cancer Res. Treat. Off. J. Korean Cancer Assoc. 49, 1127–1139 (2017).

# BÁO CÁO CA LÂM SÀNG U NHÚ ĐẢO NGƯỢC TRONG TÚI LỆ VÀ HỒI CỨU Y VĂN

**Trương Như Hân[1], Phạm Ngọc Đông[1], Nguyễn Thị Nga Dương[1]**

## TÓM TẮT

U nhú đảo ngược của túi lệ là cực kỳ hiếm. Mặc dù lành tính về mặt mô học, những khối u này xâm lấn cục bộ, có xu hướng tái phát cao và có nguy cơ chuyển dạng ác tính. Những khối u này có thể được phát hiện tình cờ hoặc là chúng gây nên những triệu chứng giả tắc ống lệ mũi. Chúng tôi đã phát hiện một trường hợp u nhú đảo ngược ở túi lệ trong lúc mổ nội soi nối thông túi lệ mũi. Bệnh nhân nam 38 tuổi cách đây 2 năm đã mổ nội soi nối thông lệ mũi đặt ống silicon mắt trái, trong mổ chúng tôi thấy một khối polyp ở ngách mũi dưới nên lấy toàn bộ khối đó làm giải phẫu bệnh, sau đó còn phẫu thuật nội soi mũi xoang cắt u tiếp 2 lần ở Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương (kết quả giải phẫu bệnh là: u nhú đảo ngược). Cách lần mổ thứ 2 ở Bệnh viện Mắt Trung ương 1 năm, bệnh nhân có chảy nước mắt tái phát ở mắt trái ngày càng tăng, u không tái phát đã 6 tháng từ thời điểm mổ cắt u nhú mũi xoang lần 2, nên chúng tôi tiến hành mổ nội soi nối thông lệ mũi cho bệnh nhân. Trong khi tiến hành rạch túi lệ thì thấy tổ chức dạng u nhú nhiều, lấy sạch tối đa làm giải phẫu bệnh và đặt ống silicon. Ngay sau mổ và cho đến nay 5 tháng sau mổ, bệnh nhân không chảy nước mắt. Bệnh nhân đi khám lại, được rút ống silicon và cắt thêm u nhú tái phát trong khoang mũi từ vị trí túi lệ cũ qua nội soi mũi làm giải phẫu bệnh, (kết quả vẫn khẳng định là u nhú đảo ngược và chưa có tế bào ác tính) bơm lệ đạo quan sát thấy dòng chảy thoát bình thường xuống mũi. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi hồi cứu lại về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trong y văn, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá trước phẫu thuật. ***Từ khóa:*** U nhú đảo ngược, túi lệ, nối thông túi lệ mũi nội soi

## SUMMARY

### INVERTED PAPILLOMA OF THE LACRIMAL SAC: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Inverted papilloma of the lacrimal sac are extremely rare. Although histologically benign, these tumors are locally invasive, have a high tendency to recur, and have a risk of malignant transformation. These tumors may be discovered incidentally, or they cause symptoms of mimic nasolacrimal duct obstruction. We discovered a case of inverted papilloma of the lacrimal sac during endoscopic nasolacrimal duct anastomosis. The 38-year-old male patient had undergone endoscopic placement of a silicone tube for the lacrimal duct of the left eye 2 years ago. During the surgery, we found a polyp in the inferior meatus and removed the entire mass for pathology - then performed endoscopic sinus surgery to remove the tumor twice at the Central Ear, Nose and Throat Hospital (pathology result: inverted papilloma). One year after the second surgery at the Vietnam National Eye Hospital, the patient had increased recurrent tearing in the left eye. The tumor had not recurred through nasal endoscopy for 6 months since the second surgery to remove the nasal papilloma, so we performed endoscopic nasal lacrimal sac anastomosis for the patient. During surgery, when incising the lacrimal sac, we found a lot of papilloma-like tissue. We removed as much as possible for pathological anatomy and placed a silicone tube. Immediately after surgery and up to now 5 months after surgery, the patient has no tears. The patient went back for a check-up, had the silicone tube removed and had another recurrent papilloma in the nasal cavity removed from the old lacrimal sac location through nasal endoscopy for pathological anatomy (the results still confirmed that it was an inverted papilloma and there were no malignant cells). Pumping the lacrimal duct, normal flow was observed to drain into the nose. Through this clinical case, we reviewed the clinical, paraclinical and treatment results in the medical literature, emphasizing the importance of preoperative assessment.

***Keywords:*** inverted papilloma, lacrimal sac, endoscopic dacryocystorhinostomy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú đảo ngược là khối u lành tính phát sinh phổ biến nhất từ khoang mũi và xoang cạnh

[1]*Bệnh viện Mắt Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Như Hân
Email: nhuhan.dk@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025