

KẾT QUẢ XẠ TRỊ TRIỆT CĂN U TƯƠNG BÀO NGOÀI TỦY VÙNG ĐẦU CỔ TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Huy Phan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân U tương bào ngoài tủy được xạ trị triệt căn tại Bệnh viện K giai đoạn từ 1/2018 đến 12/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả chùm ca bệnh trên 13 trường hợp UTBNT được xạ trị triệt căn tại bệnh viện K từ 1/2018 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $51,5 \pm 16,3$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3,33/1. Chảy dịch, chảy máu mũi là lý do vào viện thường gặp nhất chiếm 38,5% và 30,8%. Liều xạ trị trong khoảng 40-56Gy phân liều 1,8-2Gy/ngày; tỷ lệ đáp ứng sau điều trị là 100%; đáp ứng hoàn toàn chiếm 84,6%. Tác dụng phụ cấp tính xuất hiện ở 4 bệnh nhân (30,8%). Sau thời gian theo dõi trung bình 40,2 tháng, chưa phát hiện trường hợp nào tái phát hay tiến triển. **Kết luận:** xạ trị đơn thuần có hiệu quả tốt trong điều trị UTBNT. Tuy nhiên cần thời gian theo dõi dài hơn và thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hiệu quả của tia xạ, tác dụng phụ cũng như đánh giá được thời gian sống thêm sau điều trị. **Từ khóa:** u tương bào ngoài tủy, xạ trị đơn thuần

SUMMARY

RESULTS OF DEFINITIVE RADIATION THERAPY FOR HEAD AND NECK EXTRAMEDULLARY PLASMACYTOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To describe clinical, para-clinical features and treatment results of Extramedullary Plasmacytoma patients treated by definitive radiation therapy at National Cancer Hospital from January 2018 to December 2024. **Patients and Methods:** A Retrospective Case series on 13 patients diagnosed with extramedullary plasmacytoma at National Cancer Hospital from January 2018 to December 2024. **Results:** The average age was 51.5 ± 16.3 years, with male-to-female ratio of 3.33/1. Nasal discharge and nosebleeds were the most common reason for hospital admission, accounting for 38.5% and 30.8%. Radiation dose was 40 to 56Gy in 1.8-2Gy per fraction; The overall response rate was 100%; complete response 84.6%. Acute side effects occurred in 4 patients (30.8%). After the follow-up, no cases of recurrence or progression were detected. **Conclusion:** definitive radiation therapy is an effective modality to treat extramedullary

plasmacytoma. However, studies with longer follow-up time and larger cohort are needed to accurately assess the effectiveness and toxicities of radiation therapy in EMP patients.

Keywords: Extramedullary plasmacytoma, Definitive Radiation therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào plasma là bệnh ác tính có nguồn gốc từ quá trình chuyển dạng ác tính đơn dòng của tế bào plasma. Bệnh bao gồm một nhóm các khối u khác nhau, như đa u tủy xương và u tương bào đơn độc[1]. Trong đó u tương bào đơn độc được phân thành hai nhóm là u tương bào đơn độc của xương và u tương bào ngoài tủy; cả 2 thể bệnh này đều có nguy cơ tiến triển thành đa u tủy xương[1]. UTBNT là bệnh hiếm gặp, chiếm khoảng 3% trong các khối u tế bào plasma và có tỷ lệ mắc thấp 0,04 ca/100.000 dân[1]. Bệnh xuất hiện ở nhiều vị trí khác nhau trên khắp cơ thể, có 80% khối u xuất hiện ở vùng đầu cổ, đặc biệt là đường hô hấp và tiêu hóa trên[1].

Điều trị UTBNT gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Trong đó phẫu thuật và xạ trị là hai phương pháp chính, chúng cho kết quả tương đương nhau về kiểm soát tại chỗ và kết quả sống thêm[2]. Tuy nhiên, việc phẫu thuật cắt toàn bộ khối u đảm bảo diện cắt gặp nhiều khó khăn do cấu trúc giải phẫu phức tạp vùng đầu cổ. UTBNT là khối u khá nhạy cảm với tia xạ, vậy nên, xạ trị có thể mang lại kết quả điều trị tốt và là phương pháp điều trị triệt căn cho UTBNT[2]. Vai trò của hóa trị đối với UTBNT còn chưa rõ ràng. Một số nghiên cứu cho thấy hóa trị không có lợi trong điều trị bước đầu nhưng có thể được lựa chọn khi xạ trị không hiệu quả hoặc khi u tái phát[2].

Do tính chất hiếm gặp và tiến triển chậm, các nghiên cứu về UTBNT còn hạn chế. Tại Bệnh viện K, đã có một số trường hợp UTBNT được điều trị bằng xạ trị triệt căn, với kết quả tương đối khả quan và BN tránh được một cuộc mổ tàn phá nặng với nhiều di chứng. Do đó, chúng tôi tiến hành tổng kết các ca bệnh u tương bào được xạ trị để báo cáo "Vai trò của xạ trị triệt căn trong điều trị UTBNT" nhằm mục đích đánh giá về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của tia xạ đối với BN UTBNT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 13 BN

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

UTBNT vùng đầu cổ, được xạ trị triệt căn tại bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN chẩn đoán xác định UTBNT vùng đầu cổ khẳng định bằng mô bệnh học là u tương bào và loại trừ các bệnh khác thuộc nhóm u tế bào plasma (mô bệnh học tủy xương bình thường; không có tổn thương tại xương; không thiếu máu, không tăng calci máu hoặc suy giảm chức năng thận; không có hoặc có nồng độ thấp của globulin miễn dịch đơn dòng trong máu và nước tiểu); được xạ trị triệt căn tại bệnh viện K; hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tiền sử đa u tủy xương trước đó. BN mắc ung thư thứ 2 hoặc các bệnh lý cấp tính khác ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện K

Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: lập danh sách các ca bệnh u nguyên bào ngoài tủy được xạ trị triệt căn từ 01/2018 đến 12/2024.

Bước 2: thu thập hồ sơ theo mẫu bệnh án nghiên cứu, chọn các ca đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại bỏ các ca có tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 3: thu thập biến số, chỉ số nghiên cứu.

2.4. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

- Thông tin lâm sàng như tuổi, giới, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng, vị trí khối u.

- Thông tin cận lâm sàng: đặc điểm khối u trên cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính, giải phẫu bệnh, sinh hóa máu, công thức máu trước điều trị. Giai đoạn bệnh.

- Thông tin quá trình điều trị: kỹ thuật xạ, liều xạ, phân liều, tác dụng phụ cấp tính, mạn tính.

- Thông tin đánh giá sau điều trị: kết quả CHT, CLVT sau điều trị. Phân loại đáp ứng theo RECIST1.1. Tình trạng tái phát, sức khỏe của BN trong quá trình theo dõi

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS22.0

- Các thuật toán thống kê: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không có mục đích nào khác. Cam kết tiến hành

nghiên cứu với tinh thần trung thực, giữ bí mật thông tin người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng kết 13 BN UTBNT vùng đầu cổ được xạ trị triệt căn, thu được kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của BN

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Tuổi	Trung bình	51,5 ± 16,3 tuổi	
	Min-Max	23 – 77 tuổi	
Giới tính	Nam	10	76,9%
	Nữ	3	23,1%
Lý do vào viện	Chảy dịch mũi	6	46,2%
	Chảy máu	3	23,1%
	Nhìn, sờ thấy u	1	7,7%
	U tai	1	7,7%
	Khám định kì	2	15,4%
Vị trí u	Hốc mũi	5	38,5%
	Xoang hàm	4	30,8%
	Vòm mũi họng	2	15,4%
	Phần mềm xương chũm	1	7,7%
	Lợi hàm trên	1	7,7%
Kích thước u trên CHT	≤50mm	10	76,9%
	>50mm	3	23,1%
	Trung bình	39,5 ± 12,5mm	
Mô học tủy xương	Tủy xương bình thường	13	100%

Tuổi trung bình là 51,4 ± 16,3 tuổi, nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 77 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,3. Phần lớn BN vào viện do triệu chứng tại vị trí khối u, nhiều nhất là chảy dịch mũi 6/13 BN chiếm 46,2%. Vị trí u hay gặp nhất là đường hô hấp trên với 11 ca chiếm khoảng 85%; có 2 ca u xuất hiện tại vị trí khác là phần mềm xương chũm và lợi hàm trên. Kích thước u trung bình 39,5 mm, trong đó chỉ có 3 trường hợp u trên 5cm chiếm 23,1%.

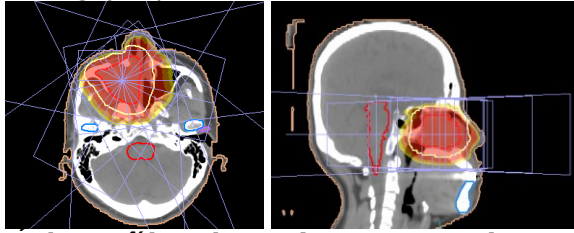
Các BN được sinh thiết tổn thương u, kết quả giải phẫu bệnh là u tương bào. Tất cả BN được sinh thiết tủy xương với kết quả âm tính và không có thay đổi về calci, chức năng thận...

Bảng 2: Đặc điểm điều trị

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Kỹ thuật xạ	3D	4	30,8%
	IMRT/VMAT	9	69,2%
Liều xạ	Trung bình	47,9 ± 4,5 Gy	
	Min-Max	40 – 56 Gy	
Phân liều	1,8 Gy	3	23,1%
	2 Gy	10	76,9%
Trường chiếu xạ	Tại u	12	92,6%
	U+hạch cổ	1	7,7%

Phần lớn BN được sử dụng kỹ thuật cao (IMRT/VMAT). Liều xạ trong khoảng từ 40 đến

56 Gy phân liều 1,8-2Gy/ngày. Chỉ một BN được xạ dự phòng hạch cổ, các BN khác chỉ được xạ tại u nguyên phát.



Ảnh 1: Kế hoạch xạ trị BN UTBNT tại xoang hàm phải xâm lấn rộng

Bảng 3: Kết quả điều trị và tác dụng phụ

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Đáp ứng	Hoàn toàn	11	84,6%
	Một phần	2	15,4%
Tác dụng phụ cấp	Có	4	30,8%
	Không	9	69,2%
Tác dụng phụ mạn	Có	2	15,4%
	Không	11	84,6%

Sau điều trị, cả 13 BN đều đáp ứng, trong đó đáp ứng hoàn toàn 11 ca (84,6%). Trong 2 trường hợp đáp ứng một phần thì một trường hợp được điều trị duy trì bằng thalidomid và một trường hợp chỉ theo dõi định kì. Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, chưa có trường hợp nào tái phát. Tác dụng phụ cấp tính gặp ở 4 BN (30,8%), biểu hiện viêm niêm mạc mũi, miệng, được kiểm soát tốt bằng thuốc. Có 2 BN gặp tác dụng phụ mạn tính là ù tai và khô miệng.

Bảng 4: Tỷ lệ tái phát và tử vong

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Thời gian theo dõi	Trung bình	40,2±25,7 tháng	
	Min-Max	6 – 73 tháng	
Tái phát, tiến triển tại thời điểm nghiên cứu	Có	0	0%
	Không	13	100%
Tử vong tại thời điểm nghiên cứu	Có	0	0%
	Không	13	100%

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình là 40,2 ± 25,7 tháng, nhỏ nhất 6 tháng và lớn nhất 73 tháng. Chưa có trường hợp nào tái phát, tiến triển thành đa u tủy xương hay tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi, giới: Trong nghiên cứu, các BN có tuổi trung bình là 51,5 ± 16,3 tuổi, trong khoảng 23 – 77 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3,3; tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Adrian Holler (2022) cho kết quả tuổi trung bình là 55,8 tuổi[3]. Nghiên cứu khác của Zhu (2020)

đã báo cáo tuổi trung bình 52,5 tuổi và khoảng từ 15 – 72 tuổi[4]. Cũng trong các nghiên cứu này, tỉ lệ nam/ nữ từ 2,1/1 đến 2,3/1[3, 4].

Đặc điểm khối u: Vị trí u chủ yếu ở vùng đầu cổ trong đó đường hô hấp và tiêu hóa trên là hay gặp nhất chiếm đến 80%. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại khoa xạ trị đầu cổ, do vậy tất cả BN đều có u thuộc vùng đầu cổ. Phần lớn u xuất hiện ở đường hô hấp trên chiếm 84,6%. Nghiên cứu của Adrian có tỷ lệ u tại đường hô hấp tiêu hóa trên chiếm 62%, các vị trí hay gặp gồm hốc mũi, các xoang cạnh mũi và vùng họng (vòm mũi họng, họng miệng, hạ họng) chiếm 85% u tương bào vùng đầu cổ[3]. Lý do đến viện của BN thể hiện đặc điểm nguyên phát của khối u; phần lớn do chảy dịch, chảy máu mũi (69,2%), một số ít đến vì lý do khác như ù tai hay khám định kì. Do vị trí thuộc đường hô hấp trên với triệu chứng nghẹt nán, dễ nhầm với bệnh khác, BN thường đến viện khi u có kích thước lớn. Kích thước trung bình là 39,5 ± 12,5mm, có 23,1% trường hợp có u trên 5cm và u lớn nhất kích thước 53x65mm. Kết quả này tương đồng với nhiều báo cáo. Theo Ge Wen(2017) kích thước u trung bình là 3,5 cm trong đó 36,4% BN có u trên 4cm[5]. Kết quả tương tự từ Elsayad trên 30 BN UTBNT tại 6 trung tâm với kích thước u trung bình là 3,6 cm, nhỏ nhất 0,7cm lớn nhất 7,9cm[6].

Kết quả cận lâm sàng: Các BN được sinh thiết tổn thương với kết quả giải phẫu bệnh là u tương bào. Tất cả BN đều được sinh thiết tủy xương và kết quả là tủy xương bình thường. Các kết quả chức năng thận, calci máu... của các BN trong giới hạn bình thường, giúp loại trừ bệnh lý khác thuộc nhóm u tế bào plasma.

4.2. Kết quả điều trị. Phương pháp điều trị UTBNT là xạ trị đơn thuần và phẫu thuật[2]. Tổng kết của Adrian Holler năm 2002 với 897 BN UTBNT, các phương pháp điều trị gồm xạ trị đơn thuần (308 BN, 34,3%), phẫu thuật đơn thuần (252 BN, 28,1%), phẫu thuật phối hợp tia xạ (194 BN, 21,6%) và các điều trị khác (15,9%). Trong đó UTBNT tại vùng đầu cổ, xạ trị chiếm ưu thế với 37,7%[3]. Nghiên cứu của Ge Wen trên 55 BN cũng có 12 BN (21,8%) xạ trị đơn thuần trong khi nhóm phẫu thuật đơn thuần có 9 BN và 28 BN điều trị phối hợp cả phẫu thuật và tia xạ[3]. Các hướng dẫn trên thế giới khuyến cáo xạ trị đơn thuần hoặc phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho UTBNT; vai trò của hóa chất còn hạn chế[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các BN đều được xạ trị tại chỗ với liều 40 – 56Gy, phân liều 1,8–2Gy/ngày. Trong nghiên cứu của Adrian, phần lớn BN xạ đơn

thuần với liều 40-59Gy, nhóm xạ trên 60Gy hay dưới 40Gy chiếm tỷ lệ thấp 8,6% và 6,8%[3]. Tương tự, 30 BN trong nghiên cứu của Elsayad được xạ trị với liều trung vị 50Gy (36–59,4Gy); nhóm xạ liều cao 50 Gy trở lên có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cao hơn nhóm liều thấp (74% so với 10% $p<0,001$)[6]. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Huyết học Anh Quốc, liều xạ triệt căn từ 40 đến 50Gy, một yếu tố để cân nhắc xạ trị liều cao 50Gy là kích thước khối u trên 5cm[2]. Cũng theo hướng dẫn này, xạ trị dự phòng hạch không được khuyến cáo, chỉ xạ dự phòng khi có bằng chứng hạch di căn trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng[2]. Hầu hết BN trong các nghiên cứu được xạ trị kỹ thuật cao IMRT/VMAT (69,2%). Các kỹ thuật này ít khác nhau về hiệu quả bao phủ liều tuy nhiên sử dụng kỹ thuật cao giúp giảm tác dụng phụ đáng kể. Đặc biệt, BN trong nghiên cứu đều có u tại vị trí vùng mũi, vòm, nằm gần nhiều cơ quan nguy cấp; do vậy lựa chọn kỹ thuật xạ hiện đại giúp giảm tỷ lệ tác dụng phụ, nâng cao chất lượng cuộc sống. Trong các BN nghiên cứu, có 4 trường hợp (30,6%) có tác dụng phụ cấp, biểu hiện viêm niêm mạc miệng, mũi. Đa số gặp ở BN xạ trị kỹ thuật 3D và tất cả đều ở mức độ nhẹ. Kết quả này tương đồng với kết quả của các tác giả khác, như Oertel cũng báo cáo khả năng dung nạp tốt với xạ trị, trong 27 BN được xạ đơn thuần, tác dụng phụ chỉ gặp độ 1, 2 và gặp nhiều hơn ở nhóm xạ trị kỹ thuật 3D so với kỹ thuật IMRT[7]. Tác dụng phụ mạn tính gặp ở 2 trường hợp. Một trường hợp u tại gặp ở BN có khối u vùng phần mềm mồm chũm. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Elsayad có tỷ lệ gặp tác dụng phụ mạn tính độ 1, 2, 3 lần lượt là 33% 7% và 2%[6]. Sự khác biệt có thể do thời gian theo dõi của chúng tôi còn ngắn nên tác dụng phụ mạn tính chưa biểu hiện chính xác.

Sau điều trị, các BN đều đáp ứng, có 84,6% đáp ứng hoàn toàn và 15,4% đáp ứng một phần. Tỷ lệ đáp ứng này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Zhu sau điều trị 22 BN UTBNT có tỷ lệ đáp ứng là 100% với 90,9% đáp ứng hoàn toàn và 9,1% đáp ứng một phần[4]. Nghiên cứu của Elsayad với 30 BN UTBNT được xạ trị thì có tỷ lệ đáp ứng là 97% (29/30 BN) trong đó 86% đáp ứng hoàn toàn[6]. Điều đó cho thấy đáp ứng tốt của khối u với xạ trị. Sau quá trình theo dõi trung bình 40,2 tháng, chúng tôi chưa quan sát thấy trường hợp nào tái phát. Theo báo cáo của Elsayad sau thời gian theo dõi trung vị 46 tháng, có 30% trường hợp tái phát sau xạ trị trong đó 10% tái phát tại chỗ và 20% tiến triển thành đa u tủy xương[6]. Khi

hồi cứu y văn, có nhiều báo cáo với kết quả về sống thêm khá biến thiên. Tỷ lệ tái phát và tiến triển thành đa u tủy xương sau 5 năm từ 0 đến 34% và 0 đến 32%[4-9]. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm của các báo cáo từ 50 đến 94,4%[4-9]. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm bao gồm kích thước khối u trên 5cm, liều xạ trị, nồng độ β_2 microglobulin...[5,6]. Nghiên cứu của Ge Wen và cộng sự trên 55 BN u tương bào, với liều trên 45Gy cho kết quả điều trị tốt hơn so với nhóm điều trị với liều dưới 45Gy về tỷ lệ tái phát tại chỗ (94,7% so với 62,5% $p=0,008$), tỷ lệ tiến triển thành đa u tủy xương (94,4% với 53,3% $p=0,036$) và tỷ lệ sống thêm không bệnh (90,0% so với 41,7% $p<0,001$)[5]. Nghiên cứu của Tournier-Rangard (2005) ở 17 BN UTBNT cũng báo cáo liều xạ trên 45 Gy cho kết quả kiểm soát tại chỗ 5 năm cao hơn so với nhóm xạ liều thấp dưới 45Gy (100% so với 50% $p=0,034$)[10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số BN còn ít và thời gian theo dõi ngắn, do vậy chưa thể đánh giá được vai trò của một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Kết quả báo cáo dựa trên 13 BN UTBNT được xạ trị triệt căn tại khoa xạ Đầu Cổ, bệnh viện K và tham khảo y văn cho thấy xạ trị là phương pháp điều trị hứa hẹn đã được báo cáo có tỷ lệ đáp ứng cao; đồng thời ít tác dụng phụ và ít để lại di chứng. Tuy nhiên để có đánh giá chính xác và khách quan hơn, cần thực hiện nghiên cứu lớn hơn với thời gian theo dõi dài và cỡ mẫu rộng để đánh giá tỷ lệ sống thêm cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng và sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N Thumallapally, A Meshref, M Mousa et al** (2017). Solitary plasmacytoma: population-based analysis of survival trends and effect of various treatment modalities in the USA, BMC Cancer, 17(1), 13.
2. **R Soutar, H Lucraft, G Jackson et al** (2004). Guidelines on the diagnosis and management of solitary plasmacytoma of bone and solitary extramedullary plasmacytoma, Br J Haematol, 124(6), 717-26.
3. **A Holler, I Cicha, M Eckstein et al** (2022). Extramedullary plasmacytoma: Tumor occurrence and therapeutic concepts-A follow-up, Cancer Med, 11(24), 4743-4755.
4. **X Zhu, L Wang, Y Zhu et al** (2020). Extramedullary Plasmacytoma: Long-Term Clinical Outcomes in a Single-Center in China and Literature Review, Ear, Nose & Throat Journal, 100(4), 227-232.
5. **G Wen, W Wang, Y Zhang et al** (2017). Management of extramedullary plasmacytoma: Role of radiotherapy and prognostic factor analysis in 55 patients, Chin J Cancer Res, 29(5), 438-446.

6. K Elsayad, M Oertel, L Konig et al (2020). Maximizing the Clinical Benefit of Radiotherapy in Solitary Plasmacytoma: An International Multicenter Analysis, *Cancers (Basel)*, 12(3).
7. M Oertel, K Elsayad, KJ Kroeger et al (2019). Impact of radiation dose on local control and survival in extramedullary head and neck plasmacytoma, *Radiat Oncol*, 14(1), 63.
8. QW Li, SQ Niu, HY Wang et al (2015). Radiotherapy Alone is Associated with Improved Outcomes Over Surgery in the Management of Solitary Plasmacytoma, *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(9), 3741-5.
9. EG de Waal, M Leene, N Veeger et al (2016). Progression of a solitary plasmacytoma to multiple myeloma. A population-based registry of the northern Netherlands, *Br J Haematol*, 175(4), 661-667.
10. L Tournier-Rangeard, M Lapeyre, P Graff-Caillaud et al (2006). Radiotherapy for solitary extramedullary plasmacytoma in the head-and-neck region: A dose greater than 45 Gy to the target volume improves the local control, *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 64(4), 1013-7.

ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO SAU MỔ LỖ TIỂU LỆCH THẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016 - 2023

Vũ Hồng Tuân^{1,2}, Phạm Quang Hùng^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 128 hồ sơ hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2016 - 2023. **Kết quả:** Tiền sử phẫu thuật LTLT: thể dương vật 73,6%, phẫu thuật 1 thì chiếm 96,7% và kỹ thuật Duckett 52,7%. Thời gian xuất hiện hẹp 83,6% trong vòng 3 tháng sau mổ. Phân loại: hẹp lỗ tiểu 40,6%, hẹp niệu đạo 59,4%. Đặc điểm lâm sàng: 0,8% bí tiểu, 44,5% tiểu nhỏ giọt, 54,7% tia nhỏ lâu, viêm tiết niệu tái diễn 6,25%, viêm tinh hoàn mào tinh 3,9%, dương vật viêm nề đỏ 36,7%. Thời gian theo dõi từ 10 đến 92 tháng. Tỷ lệ thành công chung là 73,3%. Hẹp niệu đạo lại chiếm 26,7%. Tất cả các phương pháp phẫu thuật đều có tỷ lệ bị hẹp tái phát. Số lần phẫu thuật trung bình của nhóm BN này là 5,3 lần (2-9 lần). **Kết luận:** Hẹp niệu đạo sau mổ lỗ tiểu lệch thấp là một biến chứng nặng, không thường gặp nhưng khi xảy ra còn nhiều khó khăn trong xử lý. Phẫu thuật viên cần đánh giá đầy đủ thương tổn, có đủ kỹ năng để chọn lựa phương pháp xử lý thích hợp.

Từ khóa: Lỗ tiểu lệch thấp, biến chứng sau mổ, hẹp lỗ tiểu, hẹp niệu đạo.

SUMMARY

TREATMENT OF THE URETHRAL STRICTURE AFTER HYPOSPADIAS REPAIR AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD FROM 2016 TO 2023

Objectives: Evaluating the treatment results of urethral stricture after hypospadias repair at the

Department of Pediatric and Neonatal - VietDuc university hospital. **Material and method:** Retrospective case series, 128 patients with urethral stricture after hypospadias repair at VietDuc university hospital from 2016 to 2023. **Results:** History of hypospadias surgery: penile 73,6%, 1-stage surgery 96,7% and Duckett technique 52,7%. Time of appearance of stenosis 83,6% within 3 months after primary surgery. Classification: meatal stenosis 40,6%, urethral stenosis 59,4%. Clinical characteristics: 0,8% urinary retention, 44,5% dribbling, 54,7% long stream, recurrent urinary tract infection 6,25%, epididymitis 3,9%, swollen penis 36,7%. Follow-up period ranged from 10 to 92 months. The overall success rate of surgery is 73,3%, stricture recurrence 26,7%. All surgical methods had failure rates. The average number of surgeries for this group of patients was 5,3 times (2-9 times). **Conclusion:** Urethral stricture after hypospadias surgery is a serious complication, not common, but when it occurs, it is difficult to handle. Surgeons need to fully evaluate the injury and have enough skills to choose the appropriate treatment method.

Keywords: Hypospadias, complication, meatal stenosis, urethral stricture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong y văn nhiều báo cáo khẳng định lỗ tiểu lệch thấp (Hypospadias - LTLT) là một thách thức cho các phẫu thuật viên tiết niệu Nhi, nguyên nhân do phẫu thuật có nhiều biến chứng, dễ thất bại hoặc để lại di chứng cần phải sửa chữa nhiều lần, gây tổn kém và ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhi. Các biến chứng hay gặp đó là: rò niệu đạo (NĐ), hẹp NĐ, toác tút lỗ NĐ, cong dương vật, túi thừa NĐ... Hẹp niệu đạo là biến chứng hay gặp đứng thứ hai sau rò trong phẫu thuật LTLT. Đây là biến chứng nặng nhất, việc điều trị khó khăn, đa số phải tạo hình lại, có thể phải mổ cấp cứu dẫn lưu NĐ. Rất khó để xác định tỷ lệ chính xác của hẹp sau mổ LTLT, các

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuân

Email: hongtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025