

3. **Wehmeyer Malte H, Krohm Sarah, Kastein Friederike, Lohse Ansgar W, Lüth Stefan.** Prediction of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic ascites by a simple scoring system. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2014. 49 (5): 595-603.
4. **Võ Văn Trung.** Mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton và thể tích tiểu cầu trung bình với viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trên bệnh nhân xơ gan bàng bụng. *Luận văn bác sĩ nội trú*. 2018. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
5. **Vũ Thị Minh Tâm.** Yếu tố dự đoán nguy cơ viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan mất bù. *Luận văn bác sĩ nội trú*. 2015. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
6. **Bajaj Jasmohan S, Kamath Patrick S, Reddy K Rajender.** The evolving challenge of infections in cirrhosis. *New England Journal of Medicine*. 2021. 384 (24): 2317-2330.
7. **Abdel-Razik Ahmed, Mousa Nasser, Abdel-Aziz Mahmoud, Elsherbiny Walid, Zakaria Sahar, et al.** Mansoura simple scoring system for prediction of spontaneous bacterial peritonitis: lesson learnt. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2019. 31(8): 1017-1024.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH KHU VỰC CỦA UNG THƯ HẮC TỔ DA

Vũ Thanh Phương¹, Nguyễn Văn Chủ¹, Nguyễn Đại Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và liên quan di căn hạch khu vực với một số yếu tố lâm sàng, mô bệnh học của ung thư hắc tố da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 135 bệnh nhân UTHT da giai đoạn II, III được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn tại viện K từ 2013 đến 2019. Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu. **Kết quả:** bệnh hay gặp ở tuổi 40 đến 70, tuổi trung bình 55.5±14.7, nữ/nam 1.01, hay gặp chi dưới 49.6%, màu đen 65.9%, thể lan tràn nông 52.6%, di căn hạch 48.1%, bề dày u T3, T4 96.3%, u có loét 48.1%, Clark IV, V 77.1%, giai đoạn phát triển thẳng đứng 72.6%, xâm nhập bạch mạch 22.2%, có vệ tinh 34.8%. Nhóm lympho xâm nhập thưa thớt 46.7%, di căn hạch ở thể cục 100%, thể nốt ruồi son đỉnh 93.8%. Di căn hạch ở T2, T3, T4 tương ứng 0%, 19.6%, 73%. Di căn hạch ở nhóm loét u cao hơn nhóm không loét, tương ứng 84.6% so với 14.3%. Di căn hạch ở Clark IV-V cao hơn Clark II-III, tương ứng 60.6% so với 6.5%. Di căn hạch nhóm giai đoạn phát triển thẳng đứng cao hơn nhóm tỏa tia, tương ứng 64.3% so với 5.4%. Di căn hạch nhóm xâm nhập bạch mạch cao hơn nhóm không xâm nhập, tương ứng 100% so với 33.3%. Di căn hạch nhóm vệ tinh cao hơn nhóm không vệ tinh, tương ứng 85.1% so với 28.4%. Di căn hạch nhóm nhân chia < 1mm², 1 – 6mm² và > 6mm² tương ứng là 0%, 31.8% và 98.1%. Di căn hạch ở nhóm lympho bào xâm nhập dày đặc, thưa thớt và không có lympho bào lần lượt là 6.9%, 39.7%, 88.7% (p < 0,05). **Kết luận:** Bệnh hay gặp lứa tuổi 40 đến 70, tuổi trung bình 55.5±14.7, nữ/nam 1.01. Vị trí hay gặp chi dưới 49.6%, u màu đen 65.9%. Thể lan tràn nông 52.6%, di căn hạch khu vực 48.1%, độ dày u T3, T4 96.3%, u có loét 48.1%, Clark IV, V 77.1%. Giai đoạn phát triển

thẳng đứng 72.6%, xâm nhập bạch mạch 22.2%, có vệ tinh 34.8%, nhóm lympho bào xâm nhập thưa thớt 46.7%. Di căn hạch khu vực có liên quan đến vị trí u, thể mô bệnh học, bề dày u, loét u, mức độ Clark, giai đoạn phát triển, xâm nhập bạch mạch, nhân vệ tinh, lympho xâm nhập u.

Từ khóa: Ung thư hắc tố da, mô bệnh học.

SUMMARY

STUDY REGIONAL LYMPH NODES METASTASES FEATURES OF CUTANEOUS MELANOMA

Target: Study clinical, histopathological features and the relationship between the regional lymph nodes metastases and some clinical, pathological factors of cutaneous melanoma. **Objects and methods:** a retrospective, prospective study on 135 cutaneous melanoma patients in stage II, III who were treated with radical surgery at K hospital from 2013 to 2019. **Results:** average age 55.5 ± 14.7, common age from 40 to 70. Female/male 1.01, lower limbs 49.6%, black tumors 65.9%, superficial spreading melanoma 52.6%, regional lymph nodes metastases 48.1%. Thickness in T3, T4 96.3%, ulceration 48.1%, Clark IV,V 77.1%. Vertical growth phase 72.6%, invasion 22.2%, satellite 34.8%. The non tumor infiltrating group 88.7%. Ratio of regional lymph nodes metastases in nodular melanoma 100%, acral lentiginous melanoma 93.8%. Ratio of regional lymph nodes metastases in thickness tumor T2, T3, T4 is 0%, 19.6%, 73%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in tumors with ulceration is higher than one without ulceration, 84.6% and 14.3%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in vasive group Clark IV-V is higher than one Clark II-III, 34% and 7.7%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in vertical growth phase group is higher than radial growth phase, 31.5% and 0%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in invasion group is higher than without invasion, 100% and 33.3%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in satellite is higher than one without satellite, 85.1% and 28.4%,

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Phương

Email: vuthanhphuonghm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/4/2022

Ngày phản biện khoa học: 7/5/2022

Ngày duyệt bài: 15/6/2022

respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in mitotic rate group < 1mm² 0%, 1 – 6mm² 31.8%, > 6mm² 98.1%, respectively. Ratio of regional lymph nodes metastases in dense tumor infiltrating group 6.9%, in sparse tumor infiltrating group 39.7%, in group without tumor infiltrating 88.7% (p < 0.05). **Conclusion:** Average age 55.5 ± 14.7, common age from 40 to 70, female/male is 1.01. Lower limbs 49.6%, black tumors 65.9%. Superficial spreading melanoma 52.6%. Lymph nodes metastases 48.1%, T3, T4 96.3%, ulceration 48.1%, Clark IV, V 77.1%. Vertical growth phase 72.6%, sparse tumor infiltrating 46.7%. Ratio of regional lymph nodes metastases relates to tumor location, histopathology, thickness, ulceration, Clark, stage, invasion, satellite, tumor infiltrating.

Keywords: Cutaneous melanoma, histopathological.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hắc tố da (UTHTD) là bệnh lý ác tính của các tế bào sinh sắc tố melanin ở da. Các tế bào này phân bố chủ yếu ở lớp đáy của thượng bì (90%), niêm mạc, màng não, võng mạc mắt, sinh dục, đại trực tràng, ống hậu môn,... UTHTD là bệnh rất ác tính, tiến triển nhanh, di căn sớm [1].

Tỷ lệ mắc UTHTD tăng liên tục ở hầu hết các nước trong nhiều thập kỷ qua. Tỷ lệ mắc mỗi năm tăng lên nhanh chóng 4-6%, đang ngày càng có xu hướng trở thành bệnh phổ biến ở các nước châu Âu, châu Mỹ, Úc và Newzealand. Tại Mỹ, theo hiệp hội ung thư Hoa Kỳ, 2020 ước tính khoảng 100.350 ca mắc mới và 6.850 ca tử vong do căn bệnh này. Là bệnh phổ biến thứ năm ở nam giới và thứ 6 ở nữ giới, và là một trong những ung thư phát triển nhanh nhất trong các bệnh ung thư ở Mỹ. Bệnh chiếm phần lớn các ca tử vong do ung thư da, trong khi bệnh chỉ chiếm dưới 2% các ca ung thư da [2].

Ở Việt Nam, những năm gần đây, chưa có công bố cụ thể về tỷ lệ mắc và tử vong UTHTD. Theo ghi nhận của Phạm Thị Hoàng Anh năm 2002, tỷ lệ mắc là 0,3-0,4/100.000 dân [3]. UTHTD là bệnh ít gặp, nhưng đến khám và điều trị tại bệnh viện K tăng lên hàng năm. Do hiểu biết về bệnh này còn nhiều hạn chế nên phần

lớn bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn. Điều trị UTHTD, hiện nay phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu khi bệnh ở giai đoạn tại chỗ, tại vùng, các phương pháp điều trị bằng hóa chất, miễn dịch ít hiệu quả.

Trên thực tế, chúng tôi gặp nhiều trường hợp khối u thì nhỏ nhưng cho di căn hạch khu vực lại to, có thể do tính chất rất ác tính của bệnh hoặc có mối liên quan với một số yếu tố lâm sàng và mô bệnh học. Trong nước, chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm di căn hạch của UTHTD. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch khu vực của ung thư hắc tố da tại Bệnh viện K*" nhằm hai mục tiêu:

- *Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của ung thư hắc tố da.*

- *Liên quan di căn hạch với một số yếu tố lâm sàng, mô bệnh học.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 135 bệnh nhân UTHTD giai đoạn II, III, có u nguyên phát, được điều trị phẫu thuật đơn thuần tại Bệnh viện K từ 1/2013-12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu và tiến cứu.

2.2.1. Kỹ thuật thu thập số liệu: Trực tiếp khám bệnh nhân và nghi đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu, gồm các thông tin: tuổi, giới, vị trí u, một số yếu tố mô bệnh học

2.2.2. Các biến số, chỉ số: Tuổi, giới, vị trí u, tít mô bệnh học, di căn hạch khu vực, độ dày u, clark, giai đoạn phát triển, loét u, nhân chia, nhân vệ tinh, lympho xâm nhập u, xâm nhập bạch mạch.

2.2.3. Xử lý số liệu: Số liệu và kết quả thu được được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, tính tần suất, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến, trường hợp mẫu quan sát dưới 5 sẽ dùng kiểm định chính xác (Exact Probability Test: Fisher).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học

3.1.1. Tuổi, giới

Bảng 3.1. Tuổi, giới

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
< 20	1	1.5	0	0	1	0.7
20-39	11	16.3	7	10.3	18	13.4
40-59	32	47.8	33	48.6	65	48.1
60-79	21	31.4	25	36.7	46	34.1
≥ 80	2	3	3	4.4	5	3.7
Tổng	67	100	68	100	135	100

Nhận xét: Tuổi trung bình là 55.5 ± 14.7, độ tuổi hay gặp 40 đến 70 tuổi, nữ/nam là 1.01.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

Bảng 3.2. Lâm sàng và mô bệnh học (n=135)

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đầu cổ	17	12.6
Thân mình	30	22.2
Chi trên	21	15.6
Chi dưới	67	49.6
Màu sắc		
Màu đen	89	65.9
Màu nâu sẫm	38	28.1
Không nhiễm sắc	8	6
Di căn hạch		
N0	70	51.9
N1	18	13.2
N2	21	15.6
N3	26	19.3
Típ mô bệnh học		
Thể lan tràn nông	71	52.6
Thể cục	30	22.2
Thể nốt ruồi son	18	13.3
Thể nốt ruồi son đỉnh	16	11.9
Độ dày u (mm)		
≤ 1	0	0
1,01-2	5	3,7
2,01-4	56	41.5
≥ 4	74	54.8
Loét u:		
Có	65	48.1
Không	70	51.9
Clark:		
I	0	0
II	3	2.2
III	28	20.7
IV	41	30.4
V	63	46.7
Giai đoạn phát triển		
Thẳng đứng	98	72.6
Tỏa tia	37	27.4
Xâm nhập bạch mạch		
Có	30	22.2
Không	105	77.8
Vệ tinh:		
Có	47	34.8
Không	88	65.2
Tỷ lệ nhân chia (mm²)		
<1	39	28.9
1 – 6	44	32.6
>6	52	38.5
Lympho xâm nhập u		
Dày đặc	29	21.5
Thưa thớt	63	46.7
Không có lympho bào	43	31.8

Nhận xét: Vị trí ở chi dưới 49.6%, màu đen 65.9%, di căn hạch 48.1%, thể lan tràn nông 52.6%, độ dày T3, T4 96.3%, loét u 48.1%. Clark V, IV 77.1%. Giai đoạn thẳng đứng 72.6%, xâm nhập mạch 22.2%, vệ tinh 34.8%, nhân chia > 6mm² 38.5%, nhóm thưa thớt lympho bào 46.7%.

3.2. Liên quan di căn hạch khu vực với một số yếu tố

3.2.1. Di căn hạch với nhóm tuổi, giới, vị trí u

Bảng 3.3. Di căn hạch với nhóm tuổi, giới, vị trí u (n =135)

Nhóm tuổi	Di căn hạch		Tỷ lệ di căn hạch (%)
	Có	Không	
< 50 tuổi	21	22	48.8
≥ 50 tuổi	44	48	47.8
p	> 0.05		
Giới	Di căn hạch		(%)
	Có	Không	
Nam	36	31	53.7
Nữ	29	39	42.6
p	> 0.05		
Vị trí u	Di căn hạch		(%)
	Có	Không	
Đầu cổ	4	13	23.5
Thân mình	12	18	40.0
Chi trên	8	13	38.1
Chi dưới	41	26	61.2
p	< 0.05		

Nhận xét: Di căn hạch nhóm < 50 tuổi 48.8%, nhóm ≥ 50 tuổi 47.8%, nam 53.7%, nữ 42.6%, nhóm đầu cổ, thân, chi trên, chi dưới tương ứng 23.5%, 40%, 38.1% và 61.2%.

3.2.2. Di căn hạch với mô bệnh học, độ dày, loét u

Bảng 3.4. Di căn hạch với mô bệnh học, độ dày u, loét u (n =135)

Típ mô bệnh học	Di căn hạch		Tỷ lệ di căn hạch (%)
	Có	Không	
Thể lan tràn nông	16	55	22.5
Cục	30	0	100
Nốt ruồi son	4	14	22.2
Nốt ruồi son đỉnh	15	1	93.8
p	< 0,05		
Độ dày u	Di căn hạch		(%)
	Có	Không	
T2	0	5	0
T3	11	45	19.6
T4	20	54	73
p	< 0.05		
Loét u	Di căn hạch		(%)
	Có	Không	
Có	55	10	84.6
Không	10	60	14.3
p	< 0.05		

Nhận xét: Di căn hạch thể cục 100%, thể nốt ruồi son đỉnh 93.8%. Di căn hạch ở nhóm u có bề dày T2, T3, T4 tương ứng là 0%, 19.6% so với 73%. Di căn hạch ở nhóm có loét u cao hơn nhóm không loét, tương ứng là 84.6% so với 14.3%.

D 3.2.3. Di căn hạch với Clark, giai đoạn

phát triển, xâm nhập bạch mạch**Bảng 3.5.** Di căn hạch với Clark, gđ phát triển, xâm nhập mạch(n=135)

Clark	Di căn hạch		Tỷ lệ di căn hạch (%)
	Có	Không	
II,III	29	2	6.5
IV,V	63	41	60.6
p	< 0.05		
Giai đoạn phát triển	Di căn hạch		Tỷ lệ (%)
	Có	Không	
Tòa tia	2	35	5.4
Thẳng đứng	63	35	64.3
p	< 0.05		
Xâm nhập bạch mạch	Di căn hạch		Tỷ lệ (%)
	Có	Không	
Có	30	0	100
Không	70	35	33.3
p	< 0.05		

Nhận xét: nhóm Clark II-III di căn hạch 6.5%, nhóm Clark IV-V di căn hạch 60.6%. Di căn hạch nhóm thẳng đứng cao hơn tòa tia, 64.3% so với 5.4%. Nhóm xâm nhập mạch di căn hạch cao hơn nhóm không xâm nhập, 100% so với 33.3%.

Di căn hạch với vệ tinh, nhân chia, lympho xâm nhập u**Bảng 3.6.** Di căn hạch với vệ tinh, nhân chia, lympho xâm nhập (n=135)

Vệ tinh	Di căn hạch		Tỷ lệ di căn hạch (%)
	Có	Không	
Có	40	7	85.1
Không	25	63	28.4
p	< 0.05		
Nhân chia	Di căn hạch		Tỷ lệ (%)
	Có	Không	
<1 mm ²	39	0	0
1 – 6 mm ²	30	14	31.8
> 6 mm ²	51	1	98.1
p	< 0.05		
Lympho xâm nhập u	Di căn hạch		Tỷ lệ (%)
	Có	Không	
Dày đặc	2	27	6.9
Thưa thớt	25	38	39.7
Khg lympho bào	38	5	88.7
p	< 0.05		

Nhận xét: Di căn hạch nhóm vệ tinh 85,1%, nhóm không vệ tinh 28.4%. Di căn hạch nhóm nhân chia < 1mm², 1 – 6mm², > 6mm²: 0%, 31.8% và 98.1%. Nhóm lympho xâm nhập dày đặc u di căn hạch là 6.9%, nhóm thưa thớt 39.7%, nhóm không có lympho 88.7%.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học**

Tuổi, giới: Tuổi trung bình 55.5 ± 14.7, trẻ

nhất 18 tuổi, già nhất 85 tuổi, hay gặp 40 đến 70 tuổi (68.8%). Phù hợp với nghiên cứu của Mandala, tuổi trung bình là 53.2, trẻ nhất 12 tuổi, già nhất 86 tuổi, tuổi hay gặp 40 đến 70 là 76.6% [4]. Nữ/nam là 1.01, nghiên cứu này thấp hơn của Mandala là 1.4 [4].

Vị trí, màu sắc: Hay gặp chi dưới 49.6%, chi trên 15.6%, thân mình 22.2% và đầu cổ 12.6%. Nghiên cứu của Mandala chi dưới 34.9%, chi trên 16.6%, thân mình 29.1% [4]. Sự khác nhau này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. U màu đen 65.9%, u màu nâu sẫm 28.1%, u không nhiễm sắc 6%. Nghiên cứu của Mandala màu đen 48%, nâu sẫm 29% [4]. Chúng tôi nhận xét ung thư hắc tố màu đen và nâu sẫm chiếm đa số.

Di căn hạch vùng, tip mô bệnh học, độ dày u: nghiên cứu của chúng tôi di căn hạch 48.1%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Mandala di căn hạch vùng 18.8% [4]. Nguyên nhân là bệnh nhân của chúng tôi đến viện ở giai đoạn muộn. Thể lan tràn nông 52.6%, cục 22.2%, nốt ruồi son 13.8%, nốt ruồi son đỉnh 11.9%. Kết quả của Mandala, thể lan tràn nông 70%, thể nốt 15%, thể nốt ruồi son 8% và thể nốt ruồi son đỉnh 5% [4]. U độ dày T1 0%, T2 là 3.7%, T3 là 41.5% và T4 là 54.8%. Của Mandala thấy u T3 là 32.1% và T4 là 15.2%, T2 là 28.4%, T1 là 24.3% [4].

Loét u, Clack, giai đoạn phát triển: nhóm có loét 48.1%, kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Mandala, thấy có 27.2% trường hợp u có loét [4]. Nhóm Clark IV,V 77.1%. Kết quả này cao hơn của Mandala nhóm Clark IV,V là 67.3% [4], do bệnh nhân của chúng tôi đến viện muộn hơn. Mô u phát triển thẳng đứng 72.6%. Kết quả này cao hơn kết quả của Roberto là 62.9% u phát triển thẳng đứng [5].

Xâm nhập bạch mạch, nhân vệ tinh, lympho xâm nhập u: nghiên cứu của chúng tôi xâm nhập bạch mạch 22.2%, kết quả này thấp hơn kết quả của Mandala xâm nhập mạch 30.9%, không xâm nhập mạch 69.1%[4]. Nhóm có vệ tinh 34.8%. Kết quả này cao hơn của Mandala với nhóm vệ tinh 6.04%, có thể do bệnh nhân của chúng tôi phát hiện muộn hơn[4]. Ở giai đoạn phát triển thẳng đứng, nhóm lympho xâm nhập thưa thớt là 46.7%, nhóm không có lympho bào 31.8%, nhóm có lympho xâm nhập dày đặc 21.5%. Kết quả này tương tự kết quả của Mandala với xâm nhập dày đặc và thưa thớt chiếm tỷ lệ 95.7%, lympho bào không xâm nhập 4.3% [4].

4.2. Liên quan di căn hạch với một số yếu tố mô bệnh học

Nhóm tuổi, giới, vị trí u: nghiên cứu của chúng tôi thấy di căn hạch nhóm tuổi < 50 tuổi 48.8%, nhóm ≥ 50 tuổi 47.8% (p > 0.05). Di căn hạch ở nam 53.7%, nữ 42.6% (p > 0.05). Di căn hạch đầu cổ, thân, chi trên, chi dưới tương ứng 23.5%, 40%, 38.1% và 61.2% (p < 0.05). Kết quả này tương tự của Mandala di căn hạch ở tuổi < 50 tuổi, ≥ 50 tuổi khác nhau (p > 0.05), di căn hạch ở vị trí u khác nhau có ý nghĩa p < 0.05) [4].

Các típ mô bệnh học, độ dày u, loét u: nghiên cứu của chúng tôi, di căn hạch thể cục 100%, thể nốt ruồi son đỉnh 93.8%, thể nốt ruồi son 22.2% và thể lan tràn nông 22.5% (p < 0.05). Tương tự kết quả của Taran, di căn hạch thể lan tràn nông, thể nốt, nốt ruồi son, nốt ruồi son đỉnh lần lượt là 12.3%, 64.3%, 22.1%, 49.3% (p < 0.05) [5]. Nhóm có độ dày u càng lớn thì di căn hạch càng cao, cụ thể độ dày u T2 di căn hạch là 0%, T3, T4 di căn hạch tương ứng 19.6%, 73% (p < 0.05). Kết quả của Taran di căn hạch tăng lên theo độ dày u, T1, T2, T3, T4 lần lượt là 4.2%, 25.0%, 30.5%, 40.3% (p < 0.05) [5]. Di căn hạch của nhóm loét cao hơn nhóm không loét, tương ứng là 84.6% so với 14.3% (p < 0.05). Nghiên cứu của Hege sự có mặt của loét làm tăng tỷ lệ di căn hạch, giảm tỷ lệ sống của bệnh nhân ở tất cả nhóm độ dày u [6].

Clark, giai đoạn phát triển, xâm nhập bạch mạch: kết quả của chúng tôi, nhóm Clark II-III di căn hạch là 6.5%, nhóm Clark IV-V di căn hạch là 60.6% (p < 0.05). Kết quả này giống như của Mandala di căn hạch ở Clark I-II-III 7.6%, ở Clark IV-V 32.2% (p < 0.05) [4]. Di căn hạch nhóm phát triển tủa tia 5.4%, nhóm phát triển thẳng đứng 64.3%. Kết quả của Roberto ở giai đoạn phát triển tủa tia di căn hạch 3.9%, giai đoạn phát triển thẳng đứng di căn hạch 31.2% (p < 0.05) [7]. Nhóm xâm nhập bạch mạch cho di căn hạch 100%, nhóm không xâm nhập bạch mạch 33.3% (p < 0.05). Kết quả của Taran, di căn hạch nhóm xâm nhập bạch mạch và nhóm không xâm nhập bạch mạch tương ứng là 85.4 và 12.7% (p < 0.05) [5].

Vệ tinh, nhân chia, lympho xâm nhập u: kết quả của chúng tôi, di căn hạch nhóm có vệ tinh cao hơn nhóm không vệ tinh, tương ứng là 85.1% so với 28.4% (p < 0.05). Nghiên cứu của Edmund với di căn hạch của nhóm có vệ tinh 64.2% và nhóm không có vệ tinh 18.2% (p < 0.05) [8]. Di căn hạch nhóm nhân chia < 1mm² là 0%, nhóm 1 – 6mm² là 31,8% và nhóm > 6mm² là 98.1% (p < 0,05). Nghiên cứu của Mandala, di căn hạch nhóm nhân chia < 1mm², 1 – 6mm², > 6mm² tương ứng là 5.7%, 35.2% và

86.4% (p < 0.05) [4]. Ở giai đoạn thẳng đứng, di căn hạch 6.9% ở nhóm lympho bào xâm nhập dày đặc, di căn hạch 39.7% ở nhóm thưa thớt, di căn hạch 88.7% ở nhóm không có lympho bào (p < 0.05). Nghiên cứu của Mandala, di căn hạch nhóm lympho xâm nhập dày đặc 27.8%, nhóm thưa thớt 18.3% và nhóm không có lympho bào 5.5% [4]. Mức độ xâm nhập lympho bào càng tăng thì di căn hạch càng giảm.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học

- Bệnh hay gặp lứa tuổi 40 đến 70, tuổi trung bình là 55.5±14.7, tuổi thấp nhất 18 và tuổi cao nhất 85. Nữ/nam là 1.01. Vị trí hay gặp chi dưới 49.6%. U có màu đen 65.9%.

- Thể lan tràn nông 52.6%, thể cục 22.2%, di căn hạch khu vực 48.1%, độ dày u T3 là 41.5%, T4 là 54.8%, u có loét là 48.1%, Clark IV,V là 77.1%. Giai đoạn phát triển thẳng đứng 72.6%, xâm nhập bạch mạch 22.2%, có vệ tinh 34.8%, nhóm thưa thớt lympho bào xâm nhập u 46.7%.

5.2. Liên quan di căn hạch khu vực với một số yếu tố. Di căn hạch khu vực có liên quan đến vị trí u, thể mô bệnh học, độ dày u, loét u, mức độ clark, giai đoạn phát triển, xâm nhập bạch mạch, nhân vệ tinh, tỷ lệ nhân chia, lympho xâm nhập u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Albino A.P, Reed J.A, McNutt N.S et al. (1997).** Molecular Biology of Cutaneous Melanoma, Principles and practice of Oncology. Lippincott Raven, 2, 46.
2. **Marc Hurlbert (2020).** 2020 Melanoma mortality rates decreasing despite ongoing increase in incidence. Melanoma research Alliance.
3. **Phạm Thị Hoàng Anh, Nguyễn Thị Hoài Nga, Trần Hồng Trường.** Tình hình bệnh ung thư ở Hà Nội giai đoạn 1996-1999. Tạp chí y học thực hành. 2002: 4 - 11.
4. **Mandala, G.L. Imberti, et al. (2009).** Clinical and histopathological risk factors to predict sentinel lympho node positivity. European journal of cancer, 45, 2537-2545.
5. **Taran JM, Heenan PJ. (2001).** Clinical and histological features of level 2 cutaneous malignant melanoma associated with metastasis. Cancer, 91, 1822-1825.
6. **Hege Grande Sarpa, MD, Kara Reinke, et al. (2006).** Prognostic Significance of Extent of Ulceration in Primary Cutaneous Melanoma. Am J Surg Pathol, 30, 1396-1400.
7. **Roberto Betti, Elena Agape, Raffaella Vergani, et al. (2016).** An observational study regarding the rate of growth in vertical and radial growth phase superficial spreading melanomas. Oncol Lett, 12(3), 2099-2102.
8. **Edmund K., Meera G, et al. (2014).** Prognosis of Patients with Melanoma and Microsatellitosis Undergoing Sentinel Lymph Node Biops. Ann Surg Oncol, 21(3), 1016-1023.