

cân và béo phì là một yếu tố ảnh hưởng đến chức năng của thận và TM thận⁸. Béo phì và thừa cân sẽ làm giảm chức năng hô hấp, tăng huyết áp động mạch phổi, và có đó có thể tăng áp lực tĩnh mạch thận. Đây là một điều rất có ý nghĩa trong lâm sàng, nhất là cho việc lựa chọn người hiến thận và dự đoán chiều dài TM thận phải khi lấy để cấy ghép.

V. KẾT LUẬN

Lựa chọn kỹ thuật dùng stapler có đầu cong để tối ưu hóa chiều dài tĩnh mạch thận là rất hữu ích khi tiến hành ghép thận từ người cho sống. Việc ứng dụng các phương tiện dụng cụ mới sẽ hỗ trợ tối đa cho kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kumar A, Srivastava A, Dubey D, Gulia. Analysis of 1000 cases of laparoscopic donor nephrectomy from 1 developing country. *AJT* 1672. 2010;90:547.
2. Lind MY, Hazebroek EJ, Hop WC, Weimar W, Bonjer HJ, IJzermans JN. Right-sided laparoscopic live-donor nephrectomy: is reluctance still justified? *Transplantation* 2004; 74:1045-1050
3. Turk IA, Deger S, Davis JW, Giesing M, Fabrizio MD, Schönberger B, Jordan GH, Loening SA. Laparoscopic live donor right nephrectomy: a new technique with preservation of vascular length. *The Journal of urology* 2002; 167:630-633
4. Bollens R, Mikhasi D, Espinoza BP, Rosenblatt A, Hoang AD, Abramowicz D, Donckier V, Schulman CC. Laparoscopic live donor right nephrectomy: a new technique to maximize the length of the renal vein using a modified Endo GIA stapler. *European urology* 2007; 51:1326-1331
5. Thuận CQ. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận để ghép trên người cho sống tại bệnh viện Chợ Rẫy: Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh; 2012.
6. Vu LN, Nghĩa NQ, Thanh DT, et al. Laparoscopic living donor right nephrectomy: assessment of outcome and association of BMI to length of right renal vein. *Actas Urol Esp, Eselvier* 2019;43(10):536-542.
7. Liu K., Chiang Y, Wang H., et al. (2008). Techniques of vascular control in laparoscopic donor nephrectomy. *Transplant Proc*, 40(7), 2342-2344.
8. Navarro Díaz M. Consequences of morbid obesity on the kidney. Where are we going? *Clinical Kidney Journal* 2016; 9:782-787

TỔNG QUAN HỆ THỐNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO TẠO MEN BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ

Vũ Thị Thanh Hằng¹, Lê Ngọc Tuyền²,
Trần Quỳnh Anh¹, Đặng Công Sơn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để theo phương pháp tổng quan hệ thống. **Đối tượng và phương pháp:** tổng quan hệ thống kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để. Số lượng tìm được 186 tài liệu với 2 cơ sở dữ liệu Pubmed, Cochrane. Sau khi loại trừ các trường hợp trùng lặp 184 tài liệu được rà soát tiêu đề và tóm tắt. Ở bước này, loại bỏ 128 tài liệu không phù hợp còn lại 56 tài liệu được đưa vào phân tích toàn văn. Sau khi phân tích các bài toàn văn 10 tài liệu được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Trong số 10 nghiên cứu được đưa vào phân tích, có 8 nghiên cứu được đưa vào phân tích gộp meta đánh giá hiệu quả của

phương pháp điều trị phẫu thuật triệt để trên bệnh nhân u NBTM, kết quả chỉ ra rằng phương pháp phẫu thuật triệt để hiệu quả hơn 6,16 lần so với phương pháp khác. Tỷ lệ điều trị thành công sau phẫu thuật triệt để ghi nhận ở mức cao (78,6-100%), trong thời gian theo dõi trung bình dưới 10 năm. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật triệt để có hiệu quả tốt đối với bệnh nhân u NBTM, giúp giảm khả năng tái phát và giảm tỷ lệ can thiệp mới lên bệnh nhân.

Từ khóa: phẫu thuật, u nguyên bào tạo men.

SUMMARY

SYSTEMATIC REVIEW OF TREATMENT RESULTS AMENOBLASTOMA USING RADICAL SURGICAL METHOD

Objectives: 1.To review the results of radical surgery method for ameloblastoma. **Subjects and methods:** a systematic review of treatment results for ameloblastoma by radical surgery. The number found with 2 databases Pubmed, Cochrane was 186. After excluding duplicate cases 184 documents were reviewed for titles and abstracts. In this step, 128 non-conforming documents were removed, leaving 56 documents included in the full-text analysis. After analyzing the full-text articles, 10 documents were

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

³Viện Khoa học Công nghệ và Sức khỏe Cộng đồng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thanh Hằng

Email: drhang.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

included in the study. **Results:** of 10 studies included in the analysis, 8 were included in the meta-analysis to evaluate the effectiveness of radical surgical treatment in patients with NSCLC. Radical surgery is 6.16 times more effective than other methods. The rate of successful treatment after radical surgery was recorded at a high level (78.6-100%), during the mean follow-up period of less than 10 years. Conclusion: The radical surgery method has good effect for patients with ameloblastoma, helping to reduce the possibility of recurrence and reduce the rate of new interventions on patients.

Keywords: Surgery, ameloblastoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuôn mặt con người không chỉ thực hiện chức năng sinh học mà còn thể hiện tính cá nhân và giao tiếp. Hình ảnh khuôn mặt là phương tiện chính để con người tương tác và nhận biết nhau. Các khối u xương lành tính phát triển trong xương sọ mặt thường yêu cầu phẫu thuật triệt để làm tiêu chuẩn điều trị.¹ Tuy nhiên, việc sửa chữa các khuyết hổng lớn sau khi loại bỏ khối u đang đối mặt với thách thức trong lĩnh vực y học. Điều này xuất phát từ cấu trúc phức tạp ba chiều của xương mặt và yêu cầu phục hồi các tổ chức khác nhau bao gồm xương, da, cơ và thần kinh.

Khối u nguyên bào tạo men (NBTM), nguồn gốc từ răng, chiếm khoảng 10% khối u trong xương hàm trên và dưới². Mặc dù thường không biến chuyển thành khối u ác tính hoặc di căn, NBTM thường gây biến dạng nghiêm trọng vùng hàm mặt³. Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ là biện pháp chính để điều trị, tuy nhiên, việc giữ lại một phần khối u có tỷ lệ tái phát cao. Do đó, phương pháp tiếp cận triệt để bằng cách loại bỏ toàn bộ khối u cùng với việc bảo tồn một vùng lân cận khoảng 1-1.5 cm (tiếp cận Radical) được ưa chuộng⁴.

Có 2 PP điều trị khối u NBTM được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới, đó là phẫu thuật triệt căn và điều trị bảo tồn. Đã có các nghiên cứu độc lập báo cáo về hiệu quả của phẫu thuật triệt căn có nhiều ưu điểm hơn so với điều trị bảo tồn. Câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để có hiệu quả, tỷ lệ thành công như thế nào so với phương pháp điều trị bảo tồn? Nhằm mục đích tổng hợp kết quả của phương pháp được coi là kinh điển này, từ đó có thể so sánh với những phương pháp điều trị khác, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để theo phương pháp tổng quan hệ thống.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• **Đối tượng nghiên cứu:** là các bài báo khoa học và tài liệu liên quan đến kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để.

• Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bài báo cáo, nghiên cứu cung cấp dữ liệu gốc về chỉ định và kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để.

- Loại nghiên cứu: Các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên và không ngẫu nhiên, các nghiên cứu mô tả (tiến cứu và hồi cứu)

- Ngôn ngữ: tiếng Anh, tiếng Pháp và tiếng Việt

• Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không lấy được bài toàn văn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Tổng quan hệ thống

2.2.2. Chiến lược tìm kiếm:

• Giai đoạn 1. Thiết lập câu hỏi nghiên cứu.

Điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để có hiệu quả, tỷ lệ thành công như thế nào so với phương pháp điều trị khác?

• Giai đoạn 2. Tìm kiếm tài liệu có liên quan.

- Xác định từ khóa:

	Ameloblastoma	Treatment
Tiếng Anh	1. Ameloblastoma 2. Multicystic ameloblastoma 3. Unicystic ameloblastoma 4. Solid ameloblastoma	a) Radical surgery b) Conservative approach c) Surgical management
Tiếng Việt	5. U nguyên bào tạo men	d) Phẫu thuật triệt để
Tiếng Pháp	6. Améloblastome 7. Multi-kyste ameloblastome 8. Uni kyste améloblastome 9. Solid Améloblastome	e) Chirurgie raciale

(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9) AND (#a OR #b OR #c OR #d OR #e)

Cơ sở dữ liệu:

+ Nguồn tổng hợp: Pubmed, Google Scholar, Cochrane, thư viện trường Đại học Y Hà Nội.

• Giai đoạn 3. Quản lý và lựa chọn tài liệu.

- Quản lý tài liệu: phần mềm Endnote 20

- Lựa chọn tài liệu: toàn bộ quá trình thu thập dữ liệu đều được xem xét bởi hai nghiên cứu viên độc lập.

• Giai đoạn 4. Trích xuất và lập biểu đồ dữ liệu.

- Từ các bài báo đã được tuyển chọn, thông

tin được thu nhập và nhập vào bảng dữ liệu xây dựng trong phần mềm Microsoft Excel.

- Giai đoạn 5: Phân tích số liệu và báo cáo kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm các nghiên cứu được chọn. Số lượng tìm được với 3 cơ sở dữ liệu Pubmed, Cochrane, Sciencedirect là 186 tài liệu. Sau khi loại trừ các trường hợp trùng lặp 184 tài liệu được rà soát tiêu đề và tóm tắt. Ở bước này, loại bỏ 128 tài liệu không phù hợp còn lại 56 tài liệu được đưa vào phân tích toàn văn. Sau khi

phân tích các bài toàn văn 10 tài liệu được đưa vào nghiên cứu, 8 tài liệu được đưa vào phân tích gộp

Trong 10 nghiên cứu được đưa vào phân tích, có 495 bệnh nhân u nguyên bào tạo men được ghi nhận vào trong nghiên cứu. Tất cả 10 nghiên cứu đều được thực hiện hồi cứu hồ sơ bệnh án. Đa phần nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ hơn 100 (9/10 tài liệu). Chỉ có 1 tài liệu có cỡ mẫu trên 100: S.W.Au (2019) với 128 đối tượng nghiên cứu.

3.2. Mô tả phân loại u NBTM

Bảng 3.1. Đặc điểm phân loại u NBTM đối tượng nghiên cứu

STT	Tác giả	Phân loại			
		Thể đặc	Thể đa nang	Thể đơn nang	Thể khác
1	Jing Zhang ⁵	75,7%		24,3%	
2	T Singh ⁶		81%	14%	Ngoại biên 3%; Ung thư TB 2%
3	Remakant Dandriyal ⁷	40%	25%	35%	
4	Andrii Hresko ⁸		90,6%	9,4%	
5	S.W.Au ⁹		45%	47,5%	7,5%
6	Tatyana Milman ¹⁰		57,4%	7,4%	35,2%

Chỉ có 6/10 nghiên cứu mô tả đặc điểm phân loại u được đưa vào bảng kết quả. 6 nghiên cứu với 345 bệnh nhân, các nghiên cứu chỉ ra rằng thể đặc, thể nang chiếm đa số trong phân loại u nguyên bào tạo men (45%-90,5%), thể đơn nang chiếm tỷ lệ ít hơn trong các nghiên cứu (từ 7,4%-47,5%), còn lại có một số thể khác ít gặp hơn chiếm tỷ lệ nhỏ trong các nghiên cứu. Trong đó, có 2 nghiên cứu có tỷ lệ thể đặc/ thể nang

chiếm trên 80%,^{6,8} và 1 nghiên cứu của S.W. Au có tỷ lệ có thể đơn nang (47,5%) nhiều hơn thể đa nang (45%).⁹ Nghiên cứu của Remakant Dankriyal ghi nhận tỷ lệ thể đặc nhiều nhất (40%), sau đó đến thể đơn nang (35%) và thể đa nang (25%).⁷ Còn 2 nghiên cứu còn lại với 91 bệnh nhân ghi nhận thể đặc/ đa nang chiếm chủ yếu trên các bệnh nhân u nguyên bào tạo men (trên 50%).^{5,10}

Bảng 3.2. Kết quả điều trị

STT	Tác giả	Thời gian theo dõi	Tỷ lệ tái phát	Tỷ lệ ca thành công (số ca thành công)
1	Jing Zhang ⁵	<5 năm (3 tháng-6 năm)	Không (0 bệnh nhân)	100% (8 bệnh nhân: 6 thể đặc và 2 thể đơn nang)
2	T Singh ⁶	< 5 năm (51 tháng)	6,5% (1 tái phát, 1 chết)	93,5% (29/31)
3	Remakant Dandriyal ⁷	< 10 năm (ít nhất 5 năm)	10% (1 tái phát)	90% (9/10)
4	Andrii Hresko ¹¹	<5 năm	21,4% (3 tái phát)	78,6% (11/14)
5	Abelardo Medina ¹²	<5 năm (20 tháng)	9% (1 tái phát)	91% (10/11)
6	Andrii Hresko ⁸	Dưới 10 năm (2-10 năm)	10% (3 tái phát)	90% (27/30)
7	S. W. Au ⁹	Trên 10 năm (5,10,15 năm)	6,5% (5 tái phát)	93,5% (72/77)
8	Tatyana Milman ¹⁰	Dưới 10 năm (6,5 năm)	6% (2 Tái phát)	94% (31/33)

Trong số 8 nghiên cứu, đa phần các nghiên cứu được theo dõi dưới 10 năm, chỉ có nghiên

cứ của S.W.Au được theo dõi trong trên 10 năm.⁹ Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật triệt để được

ghi nhận từ 0-21,4%. Trong đó, nghiên cứu của Jing Zhang ghi nhận 100% các ca thành công sau phẫu thuật, với 6 bệnh nhân thể đặc và 2 bệnh nhân thể đơn nang.⁵ Có 5 nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tái phát không lớn hơn 10% tổng số

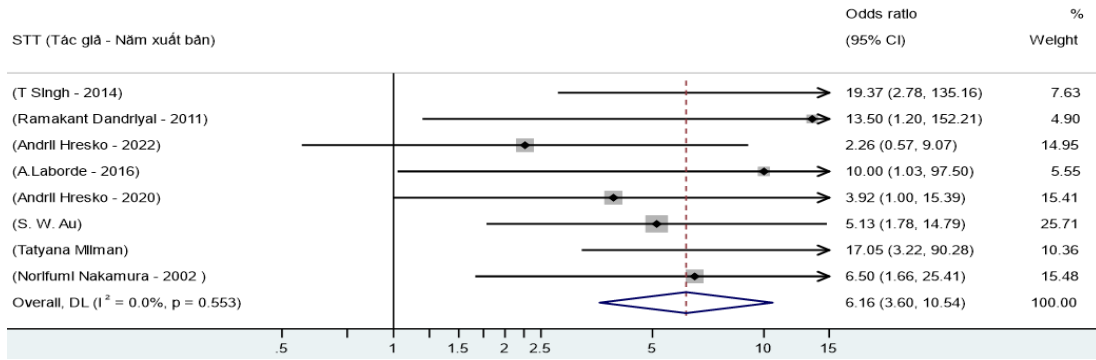
bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật triệt để [2,3,6-8].^{6-9,13} Chỉ có nghiên cứu của Andrii Hresko thực hiện năm 2022 ghi nhận tỷ lệ tái phát 21,4%.¹¹

Bảng 3.3. Tóm tắt dữ liệu phân tích meta

STT	Tên tác giả/Năm xuất bản	Tỷ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy 95%		Trọng số
			Giới hạn dưới	Giới hạn trên	
1	T Singh ⁶ (2014)	19,375	2,777	135,163	7,63
2	Remakant Dandriyal ⁷ (2011)	13,5	1,197	152,211	4,90
3	Andrii Hresko ¹¹ (2022)	2,265	0,565	9,071	14,95
4	A. Laborde ¹³ (2016)	10	1,026	97,5	5,55
5	Andrii Hresko ⁸ (2020)	3,923	1,000	15,386	15,41
6		5,133	1,782	14,788	25,71
7	Tatyana Milman ¹⁰ (2016)	17,050	3,220	90,278	10,36
8	Norifumi Nakamura ¹⁴ (2002)	6,500	1,662	25,414	15,48

Bảng 3.3 tổng hợp tỷ suất chênh về tỷ lệ thành công bằng phương pháp phẫu thuật triệt để so với các biện pháp điều trị bảo tồn. Phân tích meta đã ghi nhận kết quả rằng trong số 8 tài liệu đưa vào phân tích gộp chỉ có 2 tài liệu cung cấp tỷ suất chênh không có ý nghĩa thống kê:

Nghiên cứu của Andrii Hresko (2022) OR= 2,265 (KTC 0,565-9,071) và nghiên cứu của Andrii Hresko (2020) OR=3,923 (KTC 1,000 -15,386). Hai nghiên cứu này chiếm trọng số lần lượt là 14,95% và 15,41%.



Hình 3.2. Biểu đồ Forest

Nhận xét: Ước tính I²=0,0% cho thấy tính đồng nhất giữa các nghiên cứu. Áp dụng mô hình ngẫu nhiên (Random effect model) cho thấy hiệu quả tổng hợp 10 nghiên cứu cho thấy phương pháp phẫu thuật triệt để mang lại tỷ lệ thành công cao hơn rất nhiều so với các biện pháp điều trị bảo tồn: Tỷ lệ thành công gấp 6,164 lần (3,604-10,540).

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng quan tài liệu này, chúng tôi đã đưa vào 56 nghiên cứu để phân tích toàn văn và chỉ có 10 nghiên cứu được chọn, trong 10 nghiên cứu được chọn chỉ có 8 nghiên cứu được đưa vào phân tích gộp để đánh giá và dự đoán các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phẫu thuật triệt để.

Về đặc điểm phân loại khối u nguyên bào tạo men, thể đặc/ thể đa nang được ghi nhận nhiều

nhất là 90,6% và thể đơn nang được ghi nhận nhiều nhất là 47,5%. Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thể đặc/ thể đa nang được điều trị nhiều hơn bằng phương pháp phẫu thuật triệt để. Trong nghiên cứu của Jing Zhang,⁵ có 6 bệnh nhân thể đặc được phẫu thuật triệt để trong tổng số 8 bệnh nhân hay trong nghiên cứu của T Singh,⁶ có tới 29/34 bệnh nhân (85,3%) bệnh nhân thể đặc/ thể đa nang được điều trị bằng phẫu thuật triệt để. Đa phần các nghiên cứu đều ghi nhận tỷ lệ thể đặc/ thể đa nang nhiều hơn thể đơn nang, chỉ có 3 nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thể đơn nang nhiều hơn là nghiên cứu của A.Laborde (55,5%), S.W.Au (47,5%) và nghiên cứu của Norifumi Nakamura (34,6%).⁹ Trong báo cáo tổng quan của Neagu D và cộng sự (2019), đối với thể đặc và thể đa nang, phương pháp điều trị được ưu tiên sử dụng nhiều nhất là phẫu thuật triệt để với bờ 1cm và cắt bỏ mô mềm lân

cận cùng với tái tạo sau đó.

Nghiên cứu của Jing Zhang báo cáo 100% bệnh nhân điều trị thành công bằng phương pháp phẫu thuật triệt để được theo dõi từ 3 tháng đến 6 năm. Một vài nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ tái phát ở những bệnh nhân phẫu thuật triệt để khá thấp (<10%) và tỷ lệ này thấp hơn trong các nhóm sử dụng ngoài phương pháp điều trị triệt để, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.^{6,9} Các nghiên cứu còn lại ghi nhận tỷ lệ điều trị thành công bằng phương pháp phẫu thuật triệt để đều ở mức cao (>70%). Phẫu thuật triệt để có thể coi như phương pháp điều trị đem lại tỷ lệ thành công cao hơn nhiều so với các phương pháp điều trị khác. Việc sử dụng phẫu thuật triệt để với các bệnh nhân u nguyên bào tạo nang ngay từ đầu có thể giúp giảm thiểu tỷ lệ tái phát lại khối u cho bệnh nhân. Các nghiên cứu đa phần được theo dõi trong thời gian dưới 10 năm, chủ yếu trong 5 năm. Tác giả Andrii Hresko (2020) đã ghi nhận tỷ lệ tái phát chung trong vòng 2 năm đầu là 42,9%, từ 2-5 năm tiếp theo ghi nhận 33,3% và sau năm năm ghi nhận 23,8% các trường hợp tái phát.⁸ Tỷ lệ tái phát ghi nhận được từ nghiên cứu của S.W.Au sau thời gian theo dõi 5 năm, 10 năm và 15 năm lần lượt là 9,3%, 17,6% và 24,4%.⁹ Việc theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật điều trị u NBTM trong 5 năm đầu đã ghi nhận tỷ lệ tái phát khối u khá tốt, tuy nhiên việc theo dõi thêm trong thời gian 10 năm hay 15 năm cho phép ghi nhận chính xác hơn các trường hợp tái phát sau này, giúp cho các nghiên cứu sau này đánh giá toàn diện tỷ lệ thành công của từng phương pháp điều trị bệnh.

Norifumi Nakamura (2002) đã báo cáo rằng có 3/10 bệnh nhân thể đa nang tái phát sau phẫu thuật triệt để, tỷ lệ này không ghi nhận ở thể đặc và thể đơn nang. Một phân tích tổng quan hệ thống của tác giả Hendra F.N cũng chỉ ra tỷ lệ tái phát ở nhóm thể đặc/ thể đa nang điều trị bằng phẫu thuật triệt để là 8%, tỷ lệ này ở nhóm thể đơn nang là 3% và ở cả 2 nhóm đều ghi nhận tỷ lệ tái phát thấp hơn so với điều trị bảo tồn.

Phân tích gộp meta cho thấy hiệu quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật triệt để hiệu quả hơn gấp 6,16 lần so với phương pháp điều trị bảo tồn trong việc điều trị u NBTM. Việc phân tích các bài báo riêng biệt cho các trọng số thay đổi đáng kể trong các nghiên cứu có thể do cỡ mẫu khác nhau. Chỉ có 2 nghiên cứu ghi nhận tỷ suất chênh không có ý nghĩa thống kê là nghiên cứu của Andrii Hresko (2020) với $OR = 3,923$ (KTC

1,000 -15,386) và Andrii Hresko (2022) $OR = 2,265$ (KTC 0,565-9,071), 2 nghiên cứu này chiếm trọng số lần lượt là 15,41% và 14,95%.⁸ Việc sử dụng phương pháp phẫu thuật triệt để mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân, giảm thiểu nguy cơ tái phát. Trong một báo cáo tổng quan của Almeida R. de A.C và cộng sự (2015) đã ghi nhận rằng tỷ lệ tái phát khi điều trị bằng phẫu thuật triệt để thấp hơn 3,15 lần so với phương pháp bảo tồn ở bệnh nhân u NBTM thể đa nang ($p < 0,00001$). Ramakant Dandriyal đã kết luận rằng phương pháp phẫu thuật triệt để là một lựa chọn tốt cho bệnh nhân u NBTM, đặc biệt những trường hợp có kích thước lớn, giúp ngăn tỷ lệ tái phát của khối u trong thời gian dài.⁷ Tác giả Andrii Hresko (2020) cho rằng chiến lược điều trị là nhân tố chính ảnh hưởng tới kết quả điều trị và các biến chứng, với tỷ lệ tái phát chỉ 4,7% ở bệnh nhân điều trị triệt để tuy nhiên tỷ lệ biến chứng tăng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tác giả Tatyana Milman (2016) đã chỉ ra rằng phương pháp phẫu thuật triệt để là yếu tố dự báo mạnh về khả năng sống sót không tái phát ở bệnh nhân u NBTM.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật triệt để có thể coi là phương pháp điều trị tốt cho bệnh nhân u nguyên bào tạo men cùng với việc theo dõi khả năng tái phát trong khoảng 10 năm. Phương pháp điều trị này mang lại kết quả tốt, giúp giảm khả năng tái phát của khối u và giảm tỷ lệ can thiệp mới lên bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rifkin WJ, Kantar RS, Ali-Khan S, et al.** Facial Disfigurement and Identity: A Review of the Literature and Implications for Facial Transplantation. *AMA J Ethics.* 2018;20(4):309-323.
2. **Organisation mondiale de la santé, Centre international de recherche sur le cancer, eds.** WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. International agency for research on cancer; 2017.
3. **McClary AC, West RB, McClary AC, et al.** Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016;273(7):1649-1661.
4. **Yim J, Lee Y, Kim M, et al.** Antimicrobial Susceptibility of Clinical Isolates of *Bacteroides fragilis* Group Organisms Recovered from 2009 to 2012 in a Korean Hospital. *Ann Lab Med.* 2015;35(6):666-666.
5. **Zhang J, Gu Z, Jiang L, et al.** Ameloblastoma in children and adolescents. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2010;48(7):549-554.
6. **Singh T, Wiesenfeld D, Clement J, Chandu A, Nastri A.** Ameloblastoma: demographic data and

treatment outcomes from Melbourne, Australia. Aust Dent J. 2015;60(1):24-29.

7. **Dandriyal R, Gupta A, Pant S, Baweja H.** Surgical management of ameloblastoma: Conservative or radical approach. Natl J Maxillofac Surg. 2011;2(1):22.
8. **Hresko A, Burtyn O, Pavlovskiy L, et al.** Controversies in ameloblastoma management: evaluation of decision making, based on a retrospective analysis. Med Oral. Published online

2021:e181-e186.

9. **Au SW, Li KY, Choi WS, Su YX.** Risk factors for recurrence of ameloblastoma: a long-term follow-up retrospective study. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2019;48(10):1300-1306.
10. **Milman T, Ying GS, Pan W, LiVolsi V.** Ameloblastoma: 25 Year Experience at a Single Institution. Head and Neck Pathol. 2016; 10(4):513-520.

U HẮC TỔ DI CĂN NIỆU QUẢN: BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG RẤT HIẾM GẶP VÀ XEM LẠI Y VĂN

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Nguyễn Đình Bắc¹

TÓM TẮT

U hắc tố là một khối u ác tính có nguồn gốc từ các tế bào hắc tố. Đây là một loại ung thư có độ ác tính cao và có thể di căn ở giai đoạn sớm của bệnh. U hắc tố có thể di căn đến bất kỳ vị trí nào trên cơ thể tùy nhiên u hắc tố di căn đến niệu quản rất hiếm gặp. Vì vậy các thông tin về tình trạng này rất hạn hữu. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u hắc tố di căn niệu quản phải được chẩn đoán tại bệnh viện của chúng tôi. Bệnh nhân này có tiền sử mổ u hắc tố vùng ngực cách 10 năm, đợt này vào viện với biểu hiện của một cơn đau quặn thận phải. Cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh giãn đài bể thận phải do u niệu quản phải và các nốt ở gan theo dõi tổn thương thứ phát. Bệnh nhân được nội soi niệu quản sinh thiết cho kết quả giải phẫu bệnh phù hợp với u hắc tố di căn. Bệnh nhân sau đó được khám chuyên khoa ung bướu tuy nhiên không được nhận các phương pháp điều trị hỗ trợ khác. Chúng tôi tìm kiếm trong y văn trong giai đoạn từ năm 1968 đến năm 2023 có 8 ca bệnh u hắc tố di căn niệu quản được báo cáo. Các triệu chứng lâm sàng, phương thức chẩn đoán và thái độ điều trị ở các ca bệnh đã được báo cáo là không giống nhau. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật để loại bỏ khối u di căn kết hợp với các phương pháp điều trị hỗ trợ như điều trị đích, liệu pháp miễn dịch, hóa chất và xạ trị. U hắc tố di căn niệu quản thường có tiên lượng rất xấu vì thường kèm theo di căn đến các cơ quan khác cùng thời điểm hoặc trong quá trình theo dõi sau đó.

Từ khóa: U hắc tố, di căn niệu quản

SUMMARY

METASTATIC MELANOMA IN THE URETER: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Malignant melanoma is a malignant tumor originating from melanocytes. This is a highly

aggressive cancer that can metastasize in the early stage of the disease. Melanoma can metastasize to any location on the body, but metastatic melanoma in the ureter is very rare. Therefore, information about this condition is very limited. We report a case of metastatic melanoma in the ureter which was diagnosed in our hospital. This patient had a history of surgery melanoma in the thorax 10 years ago. She was admitted to the hospital with symptoms of a renal colic. Computed tomography showed a hydronephrosis of right kidney due to tumors of ureter and other lesions in the liver. The patient underwent ureteroscopy and biopsy, which showed pathology results consistent with metastatic melanoma. The patient was then examined by an oncologist but did not receive other adjuvant therapies. We searched the literature for the period from 1968 to 2023, 8 cases of metastatic melanoma in the ureter were reported. The symptoms, diagnostic modality and treatment approach were not the same. The majority of patients underwent surgery to remove metastatic lesion and combined with adjuvant therapy such as therapeutic targets, immunotherapies, chemotherapy and radiation therapy. Prognosis of metastatic melanoma in the ureter is very poor because it is often associated with metastases to other organs at the same time or during subsequent follow up.

Keywords: Malignant melanoma, metastasis in the ureter

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hắc tố là một khối u ác tính có nguồn gốc từ các tế bào hắc tố. Đa số u hắc tố nằm ở da (95%) và 5% còn lại nằm ở mắt hoặc niêm mạc một số cơ quan như niêm mạc mũi, âm đạo và miệng. Tỷ lệ mắc u hắc tố đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Theo báo cáo của WHO, u hắc tố là loại ung thư thường gặp thứ 5 ở nam giới và thứ 6 ở nữ giới với 325.000 ca mắc mới hàng năm trên toàn thế giới tính ở năm 2020.¹ Mặc dù u hắc tố chỉ chiếm 10% trong tổng số các loại ung thư da, tuy nhiên đây lại là nguyên nhân dẫn đến 90% tử vong do các khối u ác tính ở da.²

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023