

- 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<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đình Bắc<sup>1</sup>

### 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 tuy 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường 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

Khác với các loại ung thư khác, u hắc tố có thể di căn ngay cả ở giai đoạn sớm của bệnh. U hắc tố có thể di căn đến bất kỳ vị trí nào trên cơ thể, tuy nhiên phổi, gan và não là những vị trí di căn thường gặp nhất của loại ung thư này. Di căn của u hắc tố đến hệ tiết niệu sinh dục đã được ghi nhận tuy nhiên rất hiếm gặp.<sup>3-6</sup>

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh u hắc tố di căn niệu quản phải được chẩn đoán nhờ nội soi niệu quản sinh thiết u làm giải phẫu bệnh. Đây là ca bệnh rất hiếm gặp trên thế giới và theo hiểu biết của chúng tôi đây cũng là ca bệnh lần đầu tiên được báo cáo ở Việt Nam.

## II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 51 tuổi, tiền sử mổ u hắc tố vùng ngực cách 10 năm, sau mổ bệnh nhân không được điều trị bổ trợ bằng hóa chất, xạ trị cũng như các thuốc điều trị đích và liệu pháp miễn dịch. Đợt này bệnh nhân vào viện với triệu chứng điển hình của cơn đau quặn thận phải nhưng không kèm theo sốt và đái máu. Các xét nghiệm công thức máu, chức năng thận và tổng phân tích nước tiểu không có bất thường. Trên siêu âm ổ bụng có hình ảnh ứ nước thận phải

theo dõi do sỏi niệu quản phải. Tuy nhiên trên kết quả chụp cắt lớp vi tính lại cho thấy hình ảnh ứ nước thận phải theo dõi do u niệu quản phải và các nốt tổn thương ở gan theo dõi tổn thương thứ phát. Bệnh nhân đã được chỉ định nội soi bể thận niệu quản phải bằng ống soi cứng để sinh thiết u. Khi nội soi chúng tôi thấy dọc theo niệu quản đoạn 1/3 giữa đến 1/3 trên có nhiều tổ chức u sùi, màu nâu đen, kích thước thay đổi từ 0,5 cm đến 1 cm. Các tổ chức u này gây bít tắc hoàn toàn lòng niệu quản ở đoạn 1/3 trên. Chúng tôi dùng laser holmium để sinh thiết tổ chức u và lấy tổ chức u ra ngoài bằng Dormia để làm giải phẫu bệnh. Sau khi sinh thiết tổ chức u bệnh nhân được đặt một JJ vào niệu quản phải. Sau mổ bệnh nhân hết đau lưng và được cho ra viện sau 2 ngày sinh thiết để chờ kết quả giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tổ chức phù hợp với đặc điểm u hắc tố di căn niệu quản. Sau khi có kết quả sinh thiết chúng tôi đã gửi bệnh nhân đến khám chuyên khoa ung bướu tuy nhiên bệnh nhân không nhận được thêm sự điều trị bổ trợ nào khác.



U niệu quản thì bài xuất



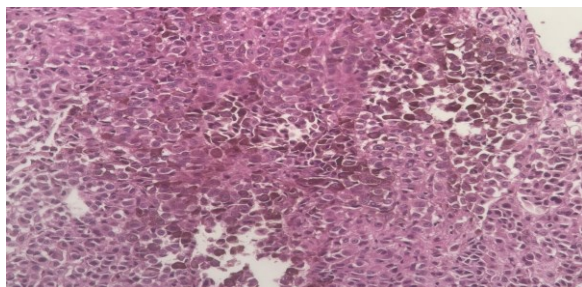
u niệu quản thì bài xuất trên lát cắt ngang



**Hình ảnh u niệu quản trên CLVT dựng hình**

**Hình ảnh u niệu quản trên CLVT lát cắt ngang**

**Hình ảnh u trong lòng niệu quản khi soi niệu quản**



**Hình ảnh mô bệnh học:** Tế bào u ác tính dạng biểu mô (400×, H&E). Những tế bào này giống với biểu mô vì có nhiều bào tương ưa eosin cùng nhiều hắc tố màu nâu, nhân tế bào to hình tròn đến hình bầu dục. Các tế bào u ác tính dạng biểu mô thường thiếu sự gắn kết và biểu hiện tính đa hình rõ rệt. Nhân có chất nhiễm sắc rất thô và hạt nhân lớn.

## III. BÀN LUẬN

Mặc dù u hắc tố chỉ chiếm 10% các khối u ác tính ở da tuy nhiên đây lại là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong trong số các khối u ác tính có nguồn gốc từ da.<sup>2</sup> Khả năng di căn của u hắc tố phụ thuộc vào vị trí của khối u nguyên phát, trong đó các khối u ở vị trí đầu, cổ và thân có nguy cơ di căn cao hơn so với các khối u xuất phát từ tứ chi.<sup>7</sup> Trong hầu hết các trường hợp, vị trí di căn thường gặp nhất là các hạch bạch huyết đặc biệt là các hạch bạch huyết lân cận vị trí khối u hắc tố nguyên phát.<sup>8</sup> Phổi và màng phổi là vị trí di căn thường gặp thứ hai với tỷ lệ di căn là 85% ở các bệnh nhân được mổ tử thi.<sup>9</sup> Não và gan là vị trí di căn thường gặp thứ 3 với tỷ lệ là 60 – 70% ở các bệnh nhân được mổ tử thi.<sup>10</sup> Ngoài ra u hắc tố có thể di căn đến bất kỳ

vị trí nào tuy nhiên với tỷ lệ ít hơn, trong đó u hắc tố di căn niệu quản là rất hiếm gặp. Hầu hết các báo cáo về di căn của u hắc tố đến niệu quản chỉ là báo cáo các ca bệnh đơn lẻ. Chúng tôi tìm kiếm trong y văn trong khoảng thời gian từ năm 1968 đến năm 2023 có 8 ca u hắc tố di căn niệu quản được báo cáo.<sup>3,5</sup> Chính vì sự hiếm gặp của u hắc tố di căn niệu quản vì vậy những hiểu biết về tình trạng này vẫn còn rất ít.

Đặc điểm lâm sàng của các ca bệnh u hắc tố di căn niệu quản đã được báo cáo rất khác nhau. Trong số 8 ca bệnh đã được báo cáo có 1 trường hợp không có tiền sử phát hiện u hắc tố trước đây và 7 trường hợp còn lại đều ghi nhận tiền sử phẫu thuật u hắc tố.<sup>3,5</sup> Các nghiên cứu trước đây cho thấy có khoảng 5% u hắc tố di căn nhưng không phát hiện được khối u nguyên phát. Đa số các bệnh nhân đã được báo cáo đều có các triệu chứng của đường tiết niệu tuy nhiên các triệu chứng này không đặc hiệu cho u hắc tố. Trong số đó có 1 bệnh nhân ban đầu được chẩn đoán ứ mù thận, 2 bệnh nhân có biểu hiện đau thắt lưng, 4 bệnh nhân có biểu hiện của đái máu, 1 bệnh nhân chỉ có biểu hiện sốt và 2 bệnh nhân được phát hiện qua khám định kỳ.<sup>3,5</sup> Trong ca bệnh chúng tôi báo cáo, bệnh nhân vào viện với triệu chứng điển hình của một cơn đau quặn thận nhưng không kèm theo đái máu và sốt. Mặc dù chúng tôi đã khai thác được tiền sử mổ u hắc tố của bệnh nhân tuy nhiên ban đầu chúng tôi cũng chưa nghĩ đến cơn đau quặn thận ở bệnh nhân này là do u hắc tố di căn niệu quản. Tình trạng này cũng xảy ra tương tự ở các báo cáo khác và là nguyên nhân dẫn đến sự khác nhau trong thái độ chẩn đoán và điều trị. Chỉ có 2 trong 8 ca đã báo cáo được nội soi niệu quản sinh thiết u để chẩn đoán, 5 ca được chỉ định phẫu thuật mà không sinh thiết và 1 ca không rõ cách thức điều trị.<sup>3,5</sup>

Cũng giống như các loại ung thư khác, tổn thương di căn của ung thư được xem như là phần nổi của tảng băng chìm vì vậy các liệu pháp toàn thân thường được ưu tiên hơn. Tuy nhiên trong một số trường hợp phẫu thuật cũng đóng một vai trò quan trọng ở các bệnh nhân u hắc tố di căn. Mục tiêu phẫu thuật ở các bệnh nhân này là cắt bỏ hoàn toàn tổn thương di căn phát hiện được và không ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong số các ca bệnh chúng tôi tìm được đều được chỉ định phẫu thuật tuy nhiên cách thức phẫu thuật ở các bệnh nhân không giống nhau. Trong số 8 bệnh nhân được báo cáo, có 5 bệnh nhân được cắt thận niệu quản tận gốc, 1 bệnh nhân được nội soi bể thận

niệu quản cắt u, 1 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn niệu quản chứa u và 1 bệnh nhân còn lại không rõ cách thức phẫu thuật.<sup>3,5</sup> Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân được nội soi bể thận niệu quản sinh thiết u niệu quản và đặt JJ. Sau khi có kết quả sinh thiết là u hắc tố di căn chúng tôi không thực hiện cắt thận niệu quản tận gốc vì ngoài tổn thương niệu quản còn có các tổn thương nghi ngờ di căn khác ở gan. Các liệu pháp điều trị toàn thân ngày càng đóng vai trò quan trọng trong đối với các ung thư di căn nói chung. Trong nhiều thập kỷ trước không có loại hóa chất nào giúp cải thiện tỷ lệ sống nói chung ở các bệnh nhân u hắc tố di căn. Tuy nhiên gần đây với sự ra đời của các thuốc điều trị đích và các liệu pháp miễn dịch đã giúp cải thiện tỷ lệ sống nói chung cũng như tỷ lệ sống không bệnh ở các bệnh nhân u hắc tố. Tuy nhiên các thuốc này thường có giá thành cao vì vậy rất khó để cho bệnh nhân có thể tiếp cận được điều trị đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Chính vì vậy các lựa chọn điều trị bổ trợ sau phẫu thuật cũng không giống nhau trong số các ca bệnh được báo cáo. Trong số các bệnh nhân được báo cáo có 2 bệnh nhân được điều trị bằng thuốc điều trị đích, 2 bệnh nhân được xạ trị do di căn đến cơ quan khác, 1 bệnh nhân được phối hợp giữa hóa trị và kháng thể CTLA-4, một bệnh nhân được hóa trị đơn thuần và 2 bệnh nhân không rõ là có được điều trị bổ trợ hay không.<sup>3,5</sup> Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân cũng đã được đến khám với bác sĩ chuyên khoa ung bướu sau khi có kết quả sinh thiết tuy nhiên bệnh nhân không được nhận liệu pháp điều trị bổ trợ nào vì tình trạng thiếu các thuốc điều trị đích cũng như các liệu pháp miễn dịch.

Nhìn chung các bệnh nhân u hắc tố di căn thường có tiên lượng rất xấu. Những bệnh nhân ở giai đoạn này thường có thời gian sống thêm trung bình là 9 tháng và tỷ lệ sống thêm 5 năm là dưới 5%. Trong số các ca bệnh đã được báo cáo có 6 bệnh nhân được báo cáo về tình trạng di căn các vị trí khác đồng thời với di căn niệu quản hoặc trong quá trình theo dõi sau đó và có 2 ca không báo cáo về tình trạng di căn ở các cơ quan khác.<sup>3,5</sup> Tuy nhiên trong các báo cáo này chúng tôi không tìm thấy các thông tin về kết quả theo dõi xa sau đó. Trong ca bệnh của chúng tôi ngoài di căn niệu quản phải đã được xác định nhờ sinh thiết thì còn có các tổ chức nghi ngờ di căn khác ở gan trên cắt lớp vi tính. Như vậy di căn niệu quản là vị trí hiếm gặp của u hắc tố và khi có di căn ở niệu quản thì thường kèm theo di căn ở các cơ quan khác.

#### IV. KẾT LUẬN

U hắc tố là một loại ung thư da có độ ác tính cao và thường di căn sớm. U hắc tố có thể di căn đến bất kỳ vị trí nào tuy nhiên di căn niệu quản rất hiếm gặp. Vì vậy những hiểu biết về vấn đề này rất hạn chế ở cả vấn đề chẩn đoán và điều trị. U hắc tố di căn niệu quản thường có tiên lượng rất xấu vì bệnh nhân thường có kèm theo di căn cơ quan khác được phát hiện cùng lúc hoặc trong quá trình theo dõi sau đó.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnold M., Singh D., Laversanne M., et al.** Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040. *JAMA Dermatol.* 2022; 158:495503.
2. **Tanase Timis, Jon Thor Bergthorsson, Victor Greiff, et al.** Pathology and Molecular Biology of Melanoma. *Curr Issues Mol Biol.* 2023; 45(7): 5575–5597.
3. **D. J. McKenzie and R. Bell.** Melanoma with solitary metastasis to ureter. *The Journal of Urology.* 1968; 99(4):399–400.
4. **P. Torok and T. Kiss.** Multiple metastases of malignant cutaneous melanoma into the upper urinary tract. *Orvosi Hetilap.* 1997; 138(5):285–287.
5. **G. Gakis, A. S. Merseburger, K. Sotlar, et al.** Metastasis of malignant melanoma in the ureter: possible algorithms for a therapeutic approach. *International Journal of Urology.* 2009; 16(4):407–409.
6. **B. C. J. Nair, N. C. Williams, C. Cui, et al.** Conjunctival melanoma: bladder and upper urinary tract metastases. *Journal of Clinical Oncology.* 2011; 29(9):216–219.
7. **Z. Ali, N. Yousaf, J. Larkin.** Melanoma epidemiology, biology and prognosis. *European Journal of Cancer Supplements.* 2013; 11(2):81-91.
8. **Patnana M, Bronstein Y, Szklaruk J, et al.** Multimethod imaging, staging, and spectrum of manifestations of metastatic melanoma. *Clin Radiol.* 2011; 66(3): 224–236.
9. **Damsky W, Rosenbaum L, Bosenberg M.** Decoding melanoma metastasis. *Cancers.* 2010; 3(1):126–163.
10. **Huang C, Provost N, Marghoob A, et al.** Laboratory tests and imaging studies in patients with cutaneous malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 39(3):451–463.

## TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lương Hoàng Thành<sup>1</sup>, Lê Văn Đạt<sup>1</sup>, Triệu Thị Phương<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và một số yếu tố liên quan với ĐTĐTK ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 375 thai phụ theo dõi thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 04/2022 đến hết tháng 10/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐTĐTK là 27,73%. Độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ bị ĐTĐTK là 31,04± 5,12 cao hơn độ tuổi trung bình của nhóm thai phụ không bị ĐTĐTK. Đa số thai phụ bị ĐTĐTK có chỉ số BMI trước mang thai từ 18,5 trở lên, chiếm 92,31% tổng số thai phụ bị ĐTĐTK. Tiền sử đẻ con nặng ≥ 3600g làm tăng tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK. **Kết luận:** Tỷ lệ ĐTĐTK là 27,73%. Có mối liên quan giữa ĐTĐTK với độ tuổi mang thai và BMI của thai phụ trước khi mang thai.

**Từ khóa:** ĐTĐTK, tỷ lệ ĐTĐTK, yếu tố nguy cơ

**Từ viết tắt:** Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK)

#### SUMMARY

<sup>1</sup>Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hoàng Thành

Email: hoangthanh9794@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

#### PREVALENCE OF GESTATIONAL DIABETES AND RELATED FACTORS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** To determine the prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) and factors associated with GDM in pregnant women visiting antenatal care at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 375 pregnant women to monitor their pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from April 2022 to the end of October 2022.

**Results:** The prevalence of GDM in this study was 27,73%. The mean age of the group of pregnant women with GDM was 31.04 ± 5.12 higher than the average age of the group of women without GDM. The majority of pregnant women with GDM had a pre-pregnancy BMI of 18.5 or higher, accounting for 92.31% of the total number of pregnant women with GDM. History of giving birth to a baby weighing more than 3600g increases the rate of pregnant women with GDM. **Conclusions:** The rate of GDM in this study was 27,73%. There was significant association between the GDM and the age of pregnant women, BMI of pregnant woman before pregnancy.

**Keywords:** gestational diabetes mellitus, prevalence of GDM, risk factors

**Abbreviations:** gestational diabetes mellitus (GDM)

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ