

- Combined Etoposide, Ifosfamide, and Cisplatin in the Treatment of Patients with Advanced Thymoma and Thymic Carcinoma. A French Experience. *J Thorac Oncol.* 2010;5(6):893-897. doi:10.1097/JTO.0b013e3181db3dee
5. **Koizumi T, Takabayashi Y, Yamagishi S, et al.** Chemotherapy for advanced thymic carcinoma: clinical response to cisplatin, doxorubicin, vincristine, and cyclophosphamide (ADOC chemotherapy). *Am J Clin Oncol.* 2002;25(3):266-268.
 6. **Loehrer PJ, Kim K, Aisner SC, et al.** Cisplatin plus doxorubicin plus cyclophosphamide in metastatic or recurrent thymoma: final results of an intergroup trial. The Eastern Cooperative Oncology Group, Southwest Oncology Group, and Southeastern Cancer Study Group. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1994;12(6):1164-1168. doi:10.1200/JCO.1994.12.6.1164
 7. **Furugen M, Sekine I, Tsuta K, et al.** Combination Chemotherapy with Carboplatin and Paclitaxel for Advanced Thymic Cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2011;41(8): 1013-1016. doi: 10.1093/jjco/hyr089
 8. **Igawa S, Murakami H, Takahashi T, et al.** Efficacy of chemotherapy with carboplatin and paclitaxel for unresectable thymic carcinoma. *Lung Cancer Amst Neth.* 2010;67(2):194-197. doi:10.1016/j.lungcan.2009.03.031
 9. **Hirai F, Yamanaka T, Taguchi K, et al.** A multicenter phase II study of carboplatin and paclitaxel for advanced thymic carcinoma: WJOG4207L. *Ann Oncol.* 2015;26(2):363-368. doi:10.1093/annonc/mdu541
 10. **Song Z.** Chemotherapy with paclitaxel plus carboplatin for relapsed advanced thymic carcinoma. *J Thorac Dis.* 2014;6(12):1808-1812. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2014.11.18

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC CÁC TỔN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ VÀ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VÂY BỀ MẶT NHÃN CẦU

Lê Thị Kim Dung¹, Nguyễn Thu Thủy², Hoàng Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học (MBH) các tổn thương tiền ung thư và ung thư biểu mô (UTBM) tế bào vảy bề mặt nhãn cầu (BMNC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** NC mô tả hồi cứu trên 69 hồ sơ bệnh án u BMNC là các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy điều trị tại BV Mắt Trung ương từ tháng 4 năm 2018 đến hết tháng 3 năm 2023. **Kết quả:** NC được tiến hành trên 69 người bệnh, gồm 50 nam và 19 nữ. Tuổi trung bình là 65.78 ± 15.28 tuổi. Có 69 người bệnh mắc bệnh tại một mắt (100%). Tỷ lệ tổn thương tiền UTBM tế bào vảy BMNC là 43.5%, tổn thương ung thư là 56.5%. Vị trí tổn thương trên BMNC chủ yếu là tại vùng rìa với 87%. Dạng nhú phổ biến hơn với 49.3% và có độ ác tính cao hơn so với hai dạng còn lại. Thời gian bị bệnh tỷ lệ thuận với kích thước ($p < 0.05$) nhưng không có sự liên quan với độ rộng tổn thương ($p > 0.05$). Độ ác tính ($p < 0.05$) tỷ lệ thuận với thời gian bị bệnh, kích thước và độ rộng ($p < 0.05$) nhưng không có sự liên quan với độ xâm lấn giác mạc của tổn thương ($p > 0.05$). **Kết luận:** Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới, người cao tuổi, thường xảy ra ở 1 mắt, vị trí tổn thương phần lớn thuộc vùng rìa kết giác mạc. Dạng nhú phổ biến hơn và ác tính hơn so với 2 dạng còn lại. NC chỉ ra có sự liên quan về lâm sàng như: thời gian bị bệnh tỷ lệ thuận với kích thước tổn thương; liên quan giữa lâm sàng và độ ác tính như: độ ác tính tỷ lệ

thuận với thời gian bị bệnh, kích thước và độ rộng tổn thương. **Từ khóa:** tiền ung thư, ung thư biểu mô tế bào vảy bề mặt nhãn cầu

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOLOGICAL FEATURES OF THE LESIONS PRE-CANCER AND OCULAR SURFACE SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Objective: Describe the clinical and histopathological characteristics of precancerous lesions and ocular surface squamous cell carcinoma. **Research subjects and methods:** Retrospective descriptive study on 69 medical records of ocular surface tumors that are precancerous lesions and squamous cell carcinomas treated at the VietNam National Eye Hospital since April 2018 to the end of March 2023. **Results:** The study was conducted on 69 patients, including 50 men and 19 women. The average age was 65.78 ± 15.28 years old. There were 69 patients with disease in one eye (100%) and no patients with disease in both eyes (0%). The rate of pre-cancerous lesions of ocular surface squamous cell carcinoma is 43.5%, squamous cell carcinomas lesions is 56.5%. The location of lesions on ocular surface is mainly in the limbal area with 87%. The most common lesion morphology is the papillary form with 49.3%, the papillary form has a higher degree of malignancy than the other two forms. The duration of illness is proportional to the degree of malignancy ($p < 0.05$) and both have the same rate. Consistent with lesion size ($p < 0.05$). Lesion width is proportional to malignancy ($p < 0.05$) but has no relationship with lesion duration ($p > 0.05$). The degree of corneal invasion has no relationship with the malignancy of the lesion ($p > 0.05$). **Conclusion:** The disease mainly occurs in men and the elderly, usually occurs in 1 eye, the location of damage is mostly in the corneal margin

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kim Dung

Email: dungthuon1906@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

area. The papillary form is more common and more malignant than the other two forms. Research shows that there is a clinical relevance such as: illness duration is proportional to lesion size; The relationship between clinical and malignancy is: malignancy is proportional to disease duration, size and width of the lesion. **Keywords:** precancerous, ocular surface squamous cell carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC là một trong những bệnh lý hiếm gặp ở nhãn cầu [1]. Tổn thương tiền UTBM tế bào vảy BMNC gồm loạn sản ở các mức độ, tổn thương UTBM tế bào vảy BMNC gồm UTBM tế bào vảy tại chỗ và xâm nhập [2]. MBH là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định tổn thương và mức độ ác tính của các khối u. Khối u thường xuất hiện nhiều ở vùng rìa, ít hơn ở kết mạc và giác mạc... Hình thái tổn thương đa dạng: dạng nhú, gelatin, bạch sản... Bệnh hay gặp ở người cao tuổi, da trắng, sống gần xích đạo, nam mắc nhiều hơn nữ... Các YTNC của bệnh bao gồm: virus HIV, HPV; tia cực tím; hút thuốc lá, chấn thương mắt, khô da sắc tố, nhiễm trùng BMNC... [3]

Tại Việt Nam đã có 1 số NC về đặc điểm lâm sàng và MBH u biểu mô BMNC tuy nhiên chưa có NC nào sâu về các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và MBH các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm NC: Bệnh viện Mắt Trung ương
- Thời gian NC: 5 năm, từ tháng 4 năm 2018 đến hết tháng 3 năm 2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh án của các người bệnh u BMNC có kết quả MBH là tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC rõ ràng về đặc điểm lâm sàng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án có kết quả chẩn đoán MBH không rõ ràng. Các khối u tái phát hoặc di căn từ nơi khác đến.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế NC: NC mô tả hồi cứu

- Cỡ mẫu NC: Cỡ mẫu thuận tiện

2.4. Các biến số nghiên cứu, công cụ và phương pháp thu thập số liệu

2.4.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi: Chia làm các nhóm tuổi <20 tuổi, 20- < 40 tuổi, 40- 60 tuổi, > 60 tuổi

- Giới: nam, nữ

- Thời gian bị bệnh: tính theo tháng

- Mô tả khối u:

+ Vị trí khối u: Giác mạc, kết mạc, vùng rìa kết giác mạc, khác

+ Kích thước khối u (kích thước dựa theo đường kính lớn nhất của khối u). Gồm 2 mức độ ≤ 5mm và > 5mm

+ Độ rộng khối u ở vùng rìa theo 3 mức độ sau: < 3 cung giờ, 3-6 cung giờ và > 6 cung giờ

+ Độ xâm lấn giác mạc: Độ I, II, III, IV

+ Hình thái tổn thương: Dạng gelatin, nhú, bạch sản

2.4.2. MBH. Kết quả xét nghiệm MBH cho phép chẩn đoán xác định và lựa chọn đối tượng tham gia vào NC. Gồm 2 loại:

+ Tiền ung thư: loạn sản biểu mô tế bào vảy các mức độ (nhẹ, vừa, nặng)

+ Ung thư: UTBM tế bào vảy tại chỗ và xâm nhập

2.5. Phân tích và xử lý số liệu. Các trường hợp NC được ghi đầy đủ thông tin và mã hóa dữ liệu. Xử lý các số liệu thu thập theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. NC tuân thủ các quy tắc đạo đức trong NC y sinh học của Bộ Y tế. Mọi thông tin thu thập hoàn toàn được giữ kín, bảo mật và chỉ phục vụ cho NC, ngoài ra không có mục đích nào khác.

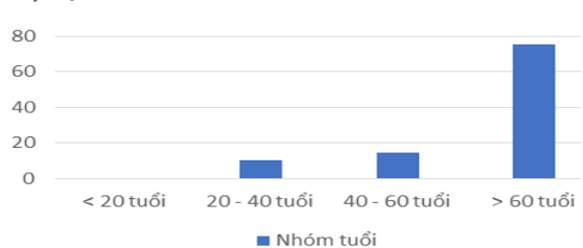
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm người bệnh nghiên cứu

- **Giới:** Trong 69 người bệnh NC có 50 nam (72.5%) và 19 nữ (27.5%). Như vậy, các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC gặp ở nam nhiều hơn nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

- **Tuổi:** Độ tuổi mắc bệnh trung bình là 65.78 ± 15.28 , ít tuổi nhất là 21 tuổi, cao tuổi nhất là 99 tuổi.

Tỷ lệ %



Biểu đồ 1: Phân bố người bệnh theo các nhóm tuổi

Theo biểu đồ 1 chúng tôi thấy nhóm NC không có ai ≤ 20 tuổi, 10,1% người bệnh 20 - ≤ 40 tuổi, 14,5% người bệnh 40 - ≤ 60 tuổi, phần lớn người bệnh (75,4%) trong nhóm NC > 60 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p <$

0.05%.

- **Sự phân bố khối u ở hai mắt:** Tỷ lệ bệnh giữa MP là 50.7% và MT là 49.3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ mắc giữa hai mắt với $p > 0.05$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và MBH nhóm người bệnh nghiên cứu

- **Phân loại tổn thương theo MBH:**

Bảng 1: Phân loại các tổn thương theo MBH

Phân loại tổn thương theo MBH		N		%	
Tiền UTBM tế bào vảy BMNC	loạn sản nhẹ	6	30	8.7	43.5
	loạn sản vừa	11		15.9	
	loạn sản nặng	13		18.8	
UTBM tế bào vảy BMNC	UTBM tại chỗ	5	39	7.2	56.5
	UTBM xâm nhập	34		49.2	

Tổn thương tiền ung thư chiếm 43.5%: loạn sản nhẹ 8.7%, loạn sản vừa 15.9% và loạn sản nặng 18.8%. Tổn thương ung thư chiếm 56.5%: UTBM tại chỗ 7.2% và UTBM xâm nhập 49.2%.

- **Các yếu tố nguy cơ (YTNC) liên quan đến sự xuất hiện khối u**

Bảng 2: Các YTNC liên quan đến sự xuất hiện khối u

Các YTNC	Có	
	N	Tỷ lệ %
Nhiễm HIV	1	1.4
Chấn thương BMNC	2	2.9
Viêm nhiễm BMNC	4	5.8
Khô da sắc tố	3	4.3

Trong các YTNC có thể khảo sát được dựa trên hồi cứu hồ sơ bệnh án có 1 người dương tính với HIV, 2 người có tiền sử chấn thương BMNC mắt bệnh, 4 người có viêm nhiễm BMNC, 3 người có khô da sắc tố.

- **Thời gian bị bệnh:**

Thời gian bị bệnh trung bình là 7.56 ± 11.56 tháng. Người bệnh đến sớm nhất là sau 1 tháng, đến muộn nhất là sau 6 năm (72 tháng).

Bảng 3: Môi liên quan giữa thời gian bị bệnh và mức độ ác tính của tổn thương

Độ ác tính	N	Thời gian bị bệnh (tháng)	p

Bảng 7: Môi liên quan giữa độ rộng và độ ác tính của tổn thương

Độ ác tính	Độ rộng tổn thương		U không ở vùng rìa		<3 cung giờ		3-6 cung giờ		>6 cung giờ		Tổng	p
	N	%	N	%	N	%	N	%				
Tiền UTBM tế bào vảy BMNC	3	10.0	13	43.3	12	40.0	2	6.7	30	0.000		
UTBM tế bào vảy BMNC	2	5.1	3	7.7	17	43.6	17	43.6	39			
Tổng/%	5/7.2		16/23.2		29/42.0		19/27.5		69			

Theo kết quả bảng 7 cho thấy u không ở vùng rìa là 7.2%, độ rộng u < 3 cung giờ chiếm 23.2%,

		Mean	±SD	
Tiền UTBM tế bào vảy BMNC	30	3.87	3.311	0.019
UTBM tế bào vảy BMNC	39	10.40	14.559	
Tổng	69	7.56	11.556	

Dựa vào kết quả bảng 3 cho thấy thời gian bị bệnh càng dài độ ác tính càng cao, ($p < 0.05\%$)

- **Kích thước khối tổn thương:**

Bảng 4: Môi liên quan giữa kích thước và thời gian xuất hiện khối u

Kích thước khối u	N	Thời gian (tháng)		p
		Mean	±SD	
≤ 5mm	22	3.48	3.231	0.008
> 5mm	47	9.47	13.464	

Theo kết quả bảng 4, tổn thương kích thước ≤ 5 mm là 31.9% và > 5mm là 68.1%. Thời gian bị bệnh càng dài thì kích thước các khối u càng lớn (kiểm định T test. $F = 7.427$ với $p < 0.05$).

Bảng 5: Môi liên quan giữa kích thước tổn thương và độ ác tính

Kích thước tổn thương	≤5mm		>5mm		Tổng	p
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %		
Độ ác tính						
Tiền UTBM tế bào vảy BMNC	18	60.0	12	40.0	30	0.000
UTBM tế bào vảy BMNC	4	10.3	35	89.7	39	
Tổng	22/31.9		47/68.1		69	

Theo kết quả bảng 5, u có kích thước ≤ 5 mm chủ yếu gặp ở tổn thương tiền UTBM tế bào vảy BMNC, u có kích thước > 5mm gặp nhiều nhất ở tổn thương UTBM tế bào vảy BMNC ($p < 0.05$).

- **Độ rộng tổn thương:**

Bảng 6: Môi liên quan giữa độ rộng và thời gian xuất hiện khối u

Độ rộng	N	Thời gian (tháng)		p
		Mean	±SD	
U không ở vùng rìa	5	5.10	4.249	0.154
< 3 cung giờ	16	4.69	6.129	
3 đến 6 cung giờ	29	6.24	6.226	
> 6 cung giờ	19	12.60	19.255	
Tổng	69	7.56	11.566	

Thời gian xuất hiện khối u không có sự liên quan tới độ rộng của tổn thương

từ 3 đến 6 cung giờ là 42% và lớn hơn 6 cung giờ là 27.5%. Các tổn thương UTBM tế bào vảy BMNC có xu hướng rộng hơn so với các tổn thương tiền ung thư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

- Độ xâm lấn giác mạc:

Bảng 8: Mối liên quan giữa độ xâm lấn giác mạc và độ ác tính của tổn thương

Độ ác tính \ Độ xâm lấn giác mạc	Không xâm lấn		Độ I		Độ II		Độ III		Độ IV		Tổng	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Tiền UTBM tế bào vảy BMNC	2	6.7	9	30	12	40	4	13.3	3	10	30	0.13
UTBM tế bào vảy BMNC	2	5.1	3	7.7	17	43.6	11	28.2	6	15.4	39	
Tổng/%	4/5.8		12/17.4		29/42		15/21.7		9/13		69	

Dựa vào vị trí xâm lấn sâu nhất của khối u theo bán kính giác mạc, ở kết quả tại bảng số 8 chúng tôi thấy u không xâm lấn giác mạc ít nhất chỉ có 4 mắt chiếm 5.8%; nhiều nhất là u xâm lấn giác mạc độ II với 42%; khối u xâm lấn giác

mạc độ I, III, IV lần lượt là 17.4%, 21.7%, 13%. Độ ác tính của tổn thương và độ xâm lấn giác mạc các mức độ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

- Hình thái của tổn thương:

Bảng 9: Mối liên quan giữa hình thái và độ ác tính của tổn thương

Độ ác tính	Dạng bạch sản		Dạng nhú		Dạng gelatin		Tổng	p
	N	%	N	%	N	%		
Tiền UTBM tế bào vảy BMNC	7	23.3%	9	30	14	46.7	30	0.004
UTBM tế bào vảy BMNC	1	2.6%	25	64.1	13	33.3	39	
Tổng	8/11.6		34/49.3		27/39.1		69	

Các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC có 11.6% là dạng bạch sản; 49.3% là dạng nhú và 39.1% là dạng gelatin. Có 64.1% các tổn thương UTBM tế bào vảy BMNC là dạng nhú, 46.7% các tổn thương tiền UTBM tế bào vảy BMNC có dạng gelatin, dạng bạch sản hiếm gặp hơn ở cả 2 nhóm.

- Vị trí tổn thương:

Bảng 10: Vị trí tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC

Vị trí tổn thương	N	Tỷ lệ %
Kết mạc	3	4.3
Giác mạc	3	4.3
Vùng rìa	60	87.0
Toàn bộ BMNC	3	4.3
Vị trí khác	0	0
Tổng	69	100

Các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC có 87.1% xuất hiện ở vùng rìa; các vị trí kết mạc, giác mạc và toàn bộ BMNC có tỷ lệ như nhau đều chiếm 4.3%; không có trường hợp nào u xuất hiện ở vị trí khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh NC

- Giới: Nhóm NC có 69 người bệnh, nam chiếm 72.5% và nữ chiếm 27.5%. Theo tác giả Shields và cộng sự năm 2004 tỷ lệ mắc: 81% nam, 19% nữ [1]; tại Việt Nam theo Nguyễn Thu Thủy năm 2011 là 61.2% nam và 38.8% nữ [4].

NC của chúng tôi tương đồng với các NC

trên. Theo chúng tôi nam mắc bệnh cao hơn có thể do yếu tố thuận lợi cho phát triển khối u như: tiếp xúc nhiều với tia cực tím (do làm việc ngoài trời nhiều hơn), tỷ lệ nam giới hút thuốc lá nhiều hơn...

- Tuổi: Nhóm NC có độ tuổi trung bình là 65.78 ± 15.28 , ít tuổi nhất là 21 tuổi, cao nhất là 99 tuổi. Theo Shields và cộng sự năm 2004 là 66 tuổi [1], Nguyễn Thu Thủy năm 2011 là 64.8 tuổi [4], NC 10 năm (2010-2019) của Ruhella R Hossain tại New Zealand là 68.9 tuổi [5]. Do đó kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp với các NC khác trong và ngoài nước. Chia độ tuổi mắc bệnh thành các nhóm các nhau thấy rằng phần lớn người bệnh mắc bệnh trên 60 tuổi với 75.4%.

Tuy nhiên độ tuổi mắc bệnh có thể trẻ hơn nếu người bệnh có các YTNC đi kèm. Trong NC của chúng tôi người bệnh dương tính với HIV có tuổi mắc bệnh là 34, các người bệnh khô da sắc tố có 2 người 29 và 21 tuổi.

- Sự phân bố khối u ở hai mắt: Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ mắc bệnh giữa mắt phải và mắt trái, tất cả người bệnh trong nhóm NC mắc bệnh tại một mắt. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Thu Thủy năm 2011 [4]. Kết quả NC cho thấy tổn thương phần lớn chỉ xảy ra ở 1 mắt rất hiếm khi xảy ra ở cả 2 mắt, trên thế giới có NC của Tunc Murat năm 1999 ghi nhận 1 trường hợp mắc bệnh ở cả 2 mắt [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và MBH nhóm người bệnh NC

- Phân loại tổn thương: Tổn thương tiền

UTBM tế bào vảy BMNC chiếm 43.5%, tổn thương UTBM tế bào vảy BMNC chiếm 56.5%. Kết quả này gần tương đồng với NC của Nguyễn Thu Thủy năm 2011 với tổn thương tiền ung thư là 36.7%, tổn thương ung thư là 63.3% [4].

- **YTNC:** Do NC tiến hành hồi cứu nên khó có thể khảo sát một số YTNC như: tiền sử tiếp xúc tia cực tím, hút thuốc lá... Tuy nhiên trong nhóm có bệnh toàn thân YTNC cao mà các NC trên thế giới đã kết luận có liên quan đến bệnh như dương tính với HIV và khô da sắc tố, chúng tôi thấy độ tuổi mắc bệnh của nhóm này thấp hơn nhiều so với độ tuổi trung bình và độ ác tính cao hơn với 3 trong 4 người bệnh là UTBM tế bào vảy xâm nhập [7], [8].

- **Thời gian bị bệnh:** Thời gian bị bệnh của nhóm NC trung bình là 7.56 ± 11.56 tháng. Thời gian này ngắn hơn so với NC của Nguyễn Thu Thủy là 10.2 ± 7.4 tháng [4]. Sự khác biệt này có thể do ảnh hưởng bởi nhận thức, điều kiện kinh tế, sức khỏe... của người bệnh.

Từ kết quả tại bảng cho thấy độ ác tính của tổn thương có liên quan đến thời gian mắc bệnh, cụ thể: tổn thương tiền ung thư có thời gian mắc bệnh ngắn hơn tổn thương ung thư. Quá trình phát triển của các tổn thương trong nhóm NC bắt đầu từ các tổn thương loạn sản nhẹ đến nặng (tiền ung thư) sau đó các tế bào bất thường của biểu mô phát triển và nhân rộng hết toàn bộ chiều dày lớp biểu mô (UTBM tại chỗ), cuối cùng xâm nhập qua màng đáy (UTBM xâm nhập). Quá trình này cần có thời gian, vì vậy thời gian càng lâu độ ác tính càng cao.

- **Kích thước và độ rộng tổn thương:** Theo kết quả từ bảng số 5 và số 7, cho thấy kích thước và độ rộng khối u càng lớn độ ác tính càng cao. Kết quả này cũng tương đồng với NC của Nguyễn Thu Thủy năm 2011 [4].

- **Độ xâm lấn giác mạc:** Khối u xâm lấn giác mạc chủ yếu là độ II với 43.6%. Kết quả này có sự khác biệt với NC của Nguyễn Thu Thủy năm 2011 với độ xâm lấn giác mạc chủ yếu là độ IV với 43.4% [4]. Chúng tôi thấy rằng không có sự liên quan giữa độ xâm lấn giác mạc và độ ác tính của khối u.

- **Hình thái tổn thương:** Các tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC là tổn thương dạng nhú chiếm tỷ lệ cao nhất với 49.3%. Kết quả này có sự khác biệt so với NC của Nguyễn Thu Thủy năm 2011 với tỷ lệ dạng gelatin cao nhất là 63.3% [4].

Theo kết quả bảng 8 các tổn thương UTBM tế bào vảy BMNC có hình thái là dạng nhú chiếm tỷ lệ cao nhất với 64.1%; các tổn thương tiền UTBM tế bào vảy BMNC có hình thái là dạng gelatin chiếm tỷ lệ cao nhất với 46.7%. NC cho thấy dạng nhú có độ ác tính cao hơn dạng gelatin. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

- **Vị trí tổn thương:** 87% người bệnh có tổn thương tại vùng rìa, rất ít khi chỉ ở kết mạc và giác mạc, không có ở cùng đồ, cực lồi. Kết quả NC gần tương đồng kết quả của Nguyễn Thu Thủy năm 2011 với 100% khối u xuất hiện ở vùng rìa [4]. Kết quả này có thể liên quan đến giả thuyết các tế bào nguồn ở vùng rìa.

V. KẾT LUẬN

NC tiến hành trên 69 mắt của 69 bệnh nhân tổn thương tiền ung thư và UTBM tế bào vảy BMNC. Tổn thương chủ yếu gặp ở nam giới, người cao tuổi, thường xảy ra ở 1 mắt, vị trí tổn thương phần lớn thuộc vùng rìa kết giác mạc. Dạng nhú phổ biến hơn và ác tính hơn so với 2 dạng còn lại. NC chỉ ra có sự liên quan về lâm sàng như: thời gian bị bệnh tỷ lệ thuận với kích thước tổn thương; liên quan giữa lâm sàng và độ ác tính như: độ ác tính tỷ lệ thuận với thời gian bị bệnh, kích thước và độ rộng tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shields C.L. and Shields J.A. (2004). Tumors of the conjunctiva and cornea. *Surv Ophthalmol*, 49(1), 3–24.
2. Nasreen A. Syed, et al (2020–2021). Section 04: Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumor. Basic and Clinical Science Course™.
3. Lee G.A. and Hirst L.W. (1995). Ocular surface squamous neoplasia. *Surv Ophthalmol*, 39(6), 429–450.
4. Nguyễn Thu Thủy (2012), NC chẩn đoán và điều trị u biểu mô bề mặt nhãn cầu, Luận văn tiến sĩ Trường Đại học Y Hà Nội, 52-89.
5. Hossain R.R. and McKelvie J. (2022). Ocular surface squamous neoplasia in New Zealand: a ten-year review of incidence in the Waikato region. *Eye (Lond)*, 36(8), 1567–1570.
6. Tunc M., Char D.H., Crawford B., et al. (1999). Intraepithelial and invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva: analysis of 60 cases. *Br J Ophthalmol*, 83(1), 98–103.
7. Gichuhi S., Sagoo M.S., Weiss H.A., et al. (2013). Epidemiology of ocular surface squamous neoplasia in Africa. *Trop Med Int Health*, 18(12), 1424–1443.
8. Hertle R.W., Durso F., Metzler J.P., et al. (1991). Epibulbar squamous cell carcinomas in brothers with Xeroderma pigmentosa. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 28(6), 350–353.