

tuổi trung bình $58,53 \pm 12,18$ (tuổi nhỏ nhất: 20; lớn nhất 87 tuổi). Phần lớn đối tượng là nam giới (113/133) chiếm 85,0%; nữ giới chiếm 15,0%. Triệu chứng đái máu gặp nhiều nhất 62,4%, 15,8% đau bụng hạ vị, 15,8% đái buốt; 11,3% không có triệu chứng. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi khám trung bình 2,08 tháng. Bệnh nhân có một u chiếm chủ yếu 78,2%. 14,3% bệnh nhân có kích thước u trên 3cm. Vị trí u hay gặp nhất là thành phải bàng quang 51,9%, ít gặp nhất là lỗ niệu quản phải 1,5%. Phần lớn đối tượng có độ mô học thấp 60,2%. Chủ yếu ở giai đoạn Ta (69,2%); 29,3% T1, 1,5% Tis.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Samadder, N.J., et al.**, Comparison of universal genetic testing vs guideline-directed targeted testing for patients with hereditary cancer syndrome. *JAMA oncology*, 2021. 7(2): p. 230-237.
2. **Lerner, S.P., et al.**, Summary and recommendations from the National Cancer Institute's clinical trials planning meeting on novel therapeutics for non-muscle invasive bladder cancer. 2016. 2(2): p. 165-202.
3. **Sternberg, C.N., et al.**, ICUD-EAU international consultation on bladder cancer 2012: chemotherapy for urothelial carcinoma—neoadjuvant and adjuvant settings. *European urology*, 2013. 63(1): p. 58-66.
4. **Hà Mạnh Cường**, Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm Doxorubicin tại Bệnh viện Việt Đức. 2021: Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Minh An, N.T.K.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư bàng quang được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn. *Tạp chí Y dược học quân sự*, 2022. 9: p. 76-83.
6. **Lê Đình Khánh, H.V.T.**, Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2012. 16.
7. **Phạm Văn Thuyên**, Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bàng quang bán phần điều trị UTBQ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2010 - 2017. 2017: Đại học Y Hà Nội.
8. **Hứa Văn Đức**, Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo. 2015: Đại học Thái Nguyên.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC U NGUYÊN BÀO VÔNG MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Bùi Ngọc Dung¹, Hoàng Anh Tuấn², Phạm Thị Minh Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học u nguyên bào võng mạc (UNBVM) tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 38 hồ sơ bệnh án và các tiêu bản giải phẫu bệnh của bệnh nhân bị UNBVM điều trị tại BV Mắt Trung ương từ tháng 1 đến hết tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu được tiến hành trên 38 mắt của 38 bệnh nhân, gồm 19 nam và 19 nữ. Tuổi trung bình là $3,11 \pm 2,56$ tuổi. Có 26 bệnh nhân bị bệnh thể một mắt (68,4%) và 12 bệnh nhân bị bệnh thể hai mắt (31,6%). Tỷ lệ u xâm nhập bán phần trước, hắc mạc, củng mạc và thị thần kinh lần lượt là 10,5%, 21%, 5,3% và 63,2%. Có 22 mắt (57,9%) không có sự hiện diện của yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao và 16 mắt (42,1%) có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao. Các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao được ghi nhận là: xâm nhập bán phần trước (10,5%), xâm nhập hắc mạc thành đám (18,4%), xâm nhập củng mạc (5,3%), xâm nhập thị

thần kinh sau lá sàng (26,3%). Điều trị hóa chất trước phẫu thuật không có mối liên quan với tình trạng xâm nhập u ($p > 0,05$), tuy nhiên lại làm giảm tỷ lệ xuất hiện các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao so với các mắt không được điều trị ($p = 0,025$). **Kết luận:** UNBVM thường xâm nhập vào thị thần kinh nhưng ít xâm nhập vào bán phần trước, hắc mạc và củng mạc. Điều trị hóa chất trước phẫu thuật làm giảm tỷ lệ xuất hiện các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao so với các mắt không được điều trị.

Từ khóa: UNBVM, mô bệnh học, yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RETINOBLASTOMA AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe the histopathological characteristics of retinoblastoma at the Vietnam National Eye Hospital in 2022. **Research subjects and methods:** Cross-sectional, retrospective descriptive study on 38 medical records and histopathological slides of patients with retinoblastoma treated at the Vietnam National Eye Hospital from January to the end of December 2022. **Results:** The study was conducted on 38 eyes of 38 patients, including 19 men and 19 women. The average age was 3.11 ± 2.56 years. There were 26 patients with

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

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Ngọc Dung

Email: gororo93@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023

monocular disease (68.4%) and 12 patients with binocular disease (31.6%). The rates of tumors infiltrating the anterior segment, choroid, sclera and optic nerve were 10.5%, 21%, 5.3% and 63.2%, respectively. There were 22 eyes (57.9%) without the presence of high-risk histopathological factors and 16 eyes (42.1%) with high-risk histopathological factors. The high-risk histopathological factors recorded were: anterior segment invasion (10.5%), massive choroidal invasion (18.4%), scleral invasion (5.3%), post-laminar optic nerve invasion (26.3%). Chemotherapy had no relationship with tumor invasion ($p>0.05$), however, it reduced the incidence of high-risk histopathological factors compared to untreated eyes ($p=0.025$). **Conclusion:** Retinoblastoma often invaded the the optic nerve but rarely penetrated the anterior segment, choroid and sclera. Chemotherapy reduced the incidence of high-risk histopathological factors compared with untreated eyes.

Keywords: retinoblastoma, histopathology, high-risk histopathological factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào võng mạc là khối u thuộc nhóm u nguyên bào thần kinh, phát sinh từ tế bào mầm của tế bào nón trên võng mạc [1]. Đây là loại khối u nội nhãn ác tính nguyên phát thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm khoảng 3% số ca ung thư phát hiện ở trẻ dưới 15 tuổi [2]. Tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới dao động từ 1/15000 đến 1/20000 trẻ sinh sống, 95% biểu hiện ở trẻ dưới 5 tuổi [3]. Bệnh có thể xuất hiện ở một mắt hoặc hai mắt, một u hoặc nhiều u, di truyền hoặc không di truyền. Các biểu hiện của bệnh rất đa dạng như: ánh đồng tử trắng, lác, đỏ mắt, lồi mắt, sưng nề đau nhức mắt... Nếu không được điều trị, khối u sẽ phát triển nhanh, xâm lấn qua thị thần kinh vào não và di căn qua đường máu đến khắp cơ thể gây tử vong cho trẻ.

Hiện nay, nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, cũng như sự phối hợp của nhiều chuyên khoa như nhãn khoa, nhi khoa, ung bướu, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh, phóng xạ và di truyền... thì mục đích điều trị UNBVM đã mở rộng từ cứu sống bệnh nhân sang bảo tồn nhãn cầu và duy trì chức năng thị giác. Tuy nhiên, cắt bỏ nhãn cầu vẫn là một chỉ định cần thiết trong những trường hợp khối u lớn, có biến chứng hoặc điều trị bảo tồn thất bại.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu trước đây chủ yếu mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng UNBVM, ít các nghiên cứu về mô bệnh học (MBH). Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm mô bệnh học bệnh u nguyên bào võng mạc chưa hoặc đã được điều trị hóa chất toàn thân trước khi cắt bỏ nhãn cầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án của 38 bệnh nhân UNBVM với 38 mắt có chỉ định cắt bỏ nhãn cầu từ tháng 1/2022 đến hết tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh án của các bệnh nhân UNBVM có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu, rõ ràng về thông tin: lý do phát hiện bệnh, tiền sử điều trị bệnh UNBVM, triệu chứng cơ năng, nhóm bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án của các bệnh nhân không có đủ thông tin cần thiết, kết quả chẩn đoán mô bệnh học không rõ ràng.

Các biến số chính trong nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, lý do đến khám, thể bệnh, tiền sử điều trị hóa chất, nhóm bệnh (dựa theo phân loại quốc tế về UNBVM nội nhãn).

- Độ mô học: xếp thành các nhóm:

+ Không biệt hóa: Khối u không có hình ảnh hoa hồng và hình bó hoa.

+ Biệt hóa: Biệt hóa cao (Khối u với rất nhiều hình ảnh hoa hồng và/hoặc vùng dạng u tế bào võng mạc với hình ảnh biệt hóa thần kinh); Biệt hóa vừa (Khối u với nhiều hình ảnh hoa hồng); Kém biệt hóa (Khối u với một vài hình ảnh hoa hồng).

- Hướng phát triển: xếp thành các nhóm:

+ Hướng ngoại: Xuất hiện tế bào u xâm lấn vào một trong các vị trí sau: khoang dưới võng mạc, hắc mạc, củng mạc, gai thị và thị thần kinh.

+ Hướng nội: Xuất hiện tế bào u xâm lấn vào một trong các vị trí sau: buồng dịch kính, thể mi, mống mắt và tiền phòng.

+ Hỗn hợp: Khối u phát triển theo cả hai hướng nội và ngoại.

- Tình trạng xâm nhập hắc mạc: xếp thành các nhóm:

+ Không xâm nhập: không có sự hiện diện của tế bào u trong hắc mạc.

+ Có xâm nhập: Xâm nhập tối thiểu (u xâm nhập một phần chiều dày hắc mạc và đường kính khối xâm nhập $< 3\text{mm}$); Xâm nhập thành đám (Đường kính khối xâm nhập $\geq 3\text{mm}$ hoặc nhiều đám nhỏ xâm nhập với tổng đường kính $\geq 3\text{mm}$ hoặc u xâm nhập toàn bộ chiều dày hắc mạc).

- Tình trạng xâm nhập củng mạc: xếp thành các nhóm:

+ Không xâm nhập: không có tế bào u ở củng mạc.

+ Có xâm nhập: xâm nhập một phần chiều dày; Xâm nhập toàn bộ chiều dày.

- Tình trạng xâm nhập bán phần trước: xếp thành 2 nhóm:

+ Không xâm nhập.

+ Có xâm nhập (Có tế bào u ở tiền phòng/mống mắt/ thể mi)

- Tình trạng xâm nhập thị thần kinh: xếp thành các nhóm:

+ Không xâm nhập: không có tế bào u ở thị thần kinh.

+ Có xâm nhập: xâm nhập trước lá sàng; xâm nhập lá sàng; xâm nhập sau lá sàng (nhưng chưa tới diện cắt thị thần kinh); xâm nhập diện cắt thị thần kinh.

- Các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao: xâm nhập thị thần kinh ở mức sau lá sàng, xâm nhập bán phần trước, xâm nhập hắc mạc thành đám, xâm nhập củng mạc.

Quy trình nghiên cứu:

- Hồi cứu lại các kết quả xét nghiệm mô bệnh học được chẩn đoán xác định UNBVM tại Khoa Xét nghiệm, rõ ràng và đầy đủ về các tiêu chí đánh giá.

- Hồi cứu lại hồ sơ bệnh án.

- Điền thông tin và số liệu vào bệnh án nghiên cứu và phân tích số liệu.

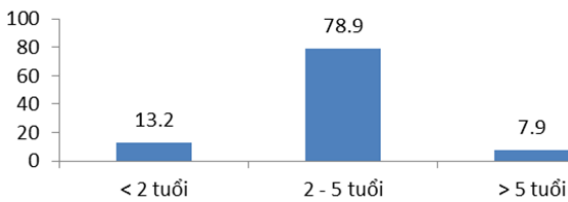
2.2. Xử lý số liệu. Các trường hợp nghiên cứu được ghi đầy đủ thông tin và mã hóa dữ liệu. Xử lý các số liệu thu thập theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ %



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nghiên cứu được tiến hành trên 38 mắt của 38 bệnh nhân, gồm 19 nam và 19 nữ. Tuổi trung bình là $3,11 \pm 2,56$ tuổi (bé nhất 1 tuổi, lớn nhất 13 tuổi), nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 2 – 5 tuổi (78,9%). Lý do vào viện gặp nhiều nhất là ánh đồng tử trắng ở 37 bệnh nhân (97,4%), lác mắt gặp ở 1 bệnh nhân (2,6%).

Bảng 1. Đặc điểm điều trị hóa chất với thể bệnh

Điều trị hóa chất trước phẫu thuật	UNBVM 1 mắt		UNBVM 2 mắt		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có	6	15,8	12	31,6	18	47,4
Không	20	52,6	0	0	20	52,6
Tổng	26	68,4	12	31,6	38	100

Trong số 38 bệnh nhân nghiên cứu, có 26 bệnh nhân bị bệnh thể một mắt (68,4%) và 12 bệnh nhân bị bệnh thể hai mắt (31,6%). Tất cả các bệnh nhân bị bệnh thể 2 mắt đều được điều trị hóa chất trước phẫu thuật. Trong số 18 bệnh nhân được hóa trị liệu, có 13 bệnh nhân điều trị với mục đích bảo tồn mắt (72,2%) và 5 bệnh nhân với mục đích thu gọn khối u trước phẫu thuật (27,8%). Có 3 mắt (7,9%) được chẩn đoán trên lâm sàng là UNBVM nhóm D và 35 mắt (80,1%) thuộc nhóm E.

3.2. Đặc điểm mô bệnh học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Hướng phát triển khối u

Hướng phát triển	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)
Hướng ngoại	7	18,4
Hướng nội	5	13,2
Hỗn hợp	26	68,4
Tổng số	38	100

Chủ yếu u phát triển theo chiều hướng hỗn hợp (68,4%). U phát triển hướng nội và hướng ngoại chiếm tỷ lệ lần lượt là 13,2% và 18,4%.

Bảng 3. Độ mô học u

Đặc điểm	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)	
Không biệt hóa	17	44,7	
Biệt hóa	Biệt hóa cao	15	39,5
	Biệt hóa vừa	3	7,9
	Kém biệt hóa	3	7,9
Tổng	38	100	

Tỷ lệ u biệt hóa là 55,3%, trong đó 39,5% biệt hóa cao, 7,9% biệt hóa vừa, 7,9% kém biệt hóa. Tỷ lệ u không biệt hóa là 44,7%.

Bảng 4. Đặc điểm xâm nhập u

Đặc điểm	n	%	
	Xâm nhập bán phần trước	34	89,5
Xâm nhập hắc mạc	Không	30	79,0
	Xâm nhập tối thiểu	1	2,6
	Xâm nhập thành đám	7	18,4
Xâm nhập củng mạc	Không	36	94,7
	Xâm nhập 1 phần chiều dày	2	5,3
	Xâm nhập toàn bộ chiều dày	0	0
Xâm nhập thị thần kinh	Không	14	36,8
	Xâm nhập trước lá sàng	9	23,7
	Xâm nhập lá sàng	5	13,2
	Xâm nhập sau lá sàng	10	26,3
	Xâm nhập diện cắt	0	0

Tỷ lệ u xâm nhập bán phần trước, hắc mạc, củng mạc và thị thần kinh lần lượt là 10,5%, 21%, 5,3% và 63,2%. Không có trường hợp nào u xâm nhập toàn bộ chiều dày củng mạc hay xâm nhập diện cắt thị thần kinh. Các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao được ghi nhận là: xâm nhập bán phần trước (10,5%), xâm nhập hắc mạc thành đám (18,4%), xâm nhập củng mạc

(5,3%), xâm nhập thị thần kinh sau lá sàng (26,3%). Trong số 38 mắt nghiên cứu, có 22 mắt (57,9%) không có sự hiện diện của yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao và 16 mắt (42,1%) có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao, trong đó 9 mắt (56,3%) có 1 yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao và 7 mắt (43,7%) có 2 yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao.

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm điều trị và xâm nhập u

Điều trị hóa chất trước PT	Xâm nhập bán phần trước			Xâm nhập hắc mạc			Xâm nhập củng mạc			Xâm nhập thị thần kinh		
	Có	Không	p	Có	Không	p	Có	Không	p	Có	Không	p
Có	0/4 (0)	18/34 (52,9)	0,107	2/8 (25)	16/30 (53,3)	0,238	1/2 (50)	17/36 (47,2)	1.000	8/22 (36,4)	10/16 (62,5)	0.188
Không	4/4 (100)	16/34 (47,1)		6/8 (75)	14/30 (46,7)		1/2 (50)	19/36 (52,8)		14/22 (63,6)	6/16 (37,5)	

Bảng 5 cho thấy, điều trị hóa chất trước phẫu thuật không có mối liên quan với tình trạng xâm nhập u ($p > 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa đặc điểm điều trị và yếu tố MBH nguy cơ cao

Điều trị hóa chất trước PT	Yếu tố MBH nguy cơ cao				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Có	4	22,2	14	77,8	0,025
Không	12	60	8	40	

Tỷ lệ xuất hiện yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao ở nhóm có điều trị hóa chất trước phẫu thuật và không điều trị hóa chất trước phẫu thuật lần lượt là 22,2% và 60%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa độ mô học và yếu tố MBH nguy cơ cao

Độ mô học	Yếu tố MBH nguy cơ cao				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Biệt hóa cao	3	20	12	80	0,066
Biệt hóa vừa	1	33,3	2	66,7	
Kém biệt hóa	2	100	0	0	
Không biệt hóa	10	55,6	8	44,4	

Tỷ lệ xuất hiện yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao giảm dần ở nhóm biệt hóa cao, biệt hóa vừa và không biệt hóa. Ở nhóm kém biệt hóa, 2/2 ca bệnh (100%) xuất hiện yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao. Sự khác biệt về độ mô học ở 2 nhóm có và không có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi. Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy tuổi phát hiện UNBVM thường rất sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân từ 5 tuổi trở xuống là 92,1%, tuổi trung bình của bệnh nhân là $3,11 \pm$

2,56 tuổi. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Trọng Văn và cộng sự (2016) tại Bệnh viện Mắt Trung ương có tuổi trung bình là $2,12 \pm 1,32$ [4]. Kết quả này có thể được giải thích do sự phát triển của các phương pháp điều trị như phẫu thuật, điều trị tại mắt (laser/ lạnh đông)... đã kéo dài thời gian bảo tồn nhãn cầu của bệnh nhân.

Đặc điểm về giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Điều này cũng tương tự nghiên cứu của Fabian và cộng sự (2020) trên 4351 bệnh nhân với tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 54,6% và 45,5% [5]. Tỷ lệ mắc bệnh không liên quan đến giới tính vì bản chất sinh bệnh của UNBVM do đột biến gen trên nhiễm sắc thể thường nên tỷ lệ mắc bệnh ở nam và ở nữ là như nhau.

Đặc điểm về hướng phát triển u. UNBVM có ba xu hướng phát triển là hướng ngoại, hướng nội và hỗn hợp (phát triển cả hướng nội và hướng ngoại). Trong nghiên cứu của chúng tôi quan sát thấy 68,4% u phát triển theo kiểu hỗn hợp, 13,2% u phát triển hướng nội và 18,4% u phát triển hướng ngoại. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Ngô Văn Lăng và cộng sự (2019) khi ghi nhận tỷ lệ UNBVM phát triển theo kiểu hỗn hợp là cao nhất (66,8%) [6].

Đặc điểm về độ mô học. Về độ mô học u, nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ u biệt hóa là 55,3%, trong đó 39,5% biệt hóa cao, 7,9% biệt hóa vừa, 7,9% kém biệt hóa. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Ngô Văn Lăng và cộng sự (2019) khi tỷ lệ biệt hóa cao là 11,7%, biệt hóa vừa 30%, kém biệt hóa 26,7% [6]. Nguyên nhân có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả trên là những bệnh nhân có phương pháp điều trị duy nhất là cắt bỏ nhãn cầu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những

bệnh nhân đã điều trị bảo tồn thất bại và điều trị hóa chất giảm tế bào trước phẫu thuật. Khi xem xét mối liên quan giữa độ mô học với các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao, chúng tôi nhận thấy có sự giảm dần tỷ lệ xuất hiện yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao ở nhóm biệt hóa cao, biệt hóa vừa và không biệt hóa. Đáng tiếc sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Có thể kết quả sẽ có ý nghĩa khi nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

Đặc điểm xâm nhập bán phần trước. Tỷ lệ xâm nhập bán phần trước trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,5%, tương tự nghiên cứu của Ngô Văn Lăng và cộng sự (2019) với tỷ lệ xâm nhập bán phần trước là 10% [6].

Đặc điểm xâm nhập hắc mạc. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ xâm nhập hắc mạc là 21%, trong đó xâm nhập tối thiểu là 2,6% và xâm nhập thành đám là 18,4%. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Ngô Văn Lăng và cộng sự (2019) với tỷ lệ xâm nhập hắc mạc là 23,3%, xâm nhập thành đám là 15% [6].

Đặc điểm xâm nhập củng mạc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xâm lấn củng mạc là 5,3% và toàn bộ đều là xâm lấn một phần chiều dày. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Văn Lăng và cộng sự (2019) với tỷ lệ xâm nhập củng mạc là 3,3% [6].

Đặc điểm xâm nhập thị thần kinh. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ xâm lấn thị thần kinh là 63,2%, trong đó 23,7% xâm lấn trước lá sàng, 13,2% xâm lấn lá sàng, 26,3% xâm lấn sau lá sàng. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như: Phạm Trọng Văn (85,6%), Ngô Văn Lăng (73,3%). Nguyên nhân có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả trên là những bệnh nhân có phương pháp điều trị duy nhất là cắt bỏ nhãn cầu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những bệnh nhân đã điều trị bảo tồn thất bại và điều trị hóa chất giảm tế bào trước phẫu thuật.

Đặc điểm về yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra những yếu tố nguy cơ cao về mặt mô bệnh học có giá trị tiên lượng bệnh, dự đoán nguy cơ di căn xa như: xâm nhập bán phần trước, xâm nhập hắc mạc thành đám, xâm nhập củng mạc, xâm nhập thị thần kinh ở mức sau lá sàng [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao được ghi nhận là: xâm nhập bán phần trước (10,5%), xâm nhập hắc mạc thành đám (18,4%), xâm nhập củng mạc (5,3%), xâm nhập thị thần kinh sau lá sàng (26,3%). Không có trường hợp nào u xâm nhập toàn bộ chiều dày củng mạc hay xâm nhập diện

cắt thị thần kinh. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Trọng Văn và cộng sự (2016) với 48,2% xâm nhập bán phần trước, 29,9% xâm nhập hắc mạc thành đám, 14,7% xâm nhập củng mạc, 30,8% xâm nhập thị thần kinh ở mức sau lá sàng. Đặc biệt, trong nghiên cứu của tác giả trên ghi nhận tới 9,6% số mắt còn tế bào u ở diện cắt thị thần kinh và 11,4% có xâm lấn toàn bộ chiều dày củng mạc. Nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy, nhóm mắt có điều trị hóa chất trước phẫu thuật có tỷ lệ xuất hiện yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao thấp hơn so với nhóm mắt có phương pháp điều trị duy nhất là cắt bỏ nhãn cầu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, việc điều trị hóa chất trước phẫu thuật không có mối liên quan tới tỷ lệ xâm nhập u nói chung ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 38 mắt của 38 bệnh nhân cho thấy u nguyên bào võng mạc thường xâm nhập vào thị thần kinh nhưng ít xâm nhập vào bán phần trước, hắc mạc và củng mạc. Tỷ lệ xuất hiện yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao ở nhóm mắt điều trị hóa chất trước phẫu thuật thấp hơn so với nhóm mắt không được điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zucker J.M., Desjardins L., và Doz F. (1998). Retinoblastoma. *European Journal of Cancer*, 34(7), 1045–1048.
2. Xu X.L., Fang Y., Lee T.C. và cộng sự. (2009). Retinoblastoma Has Properties of a Cone Precursor Tumor and Depends Upon Cone-Specific MDM2 Signaling. *Cell*, 137(6), 1018–1031.
3. Kivela T. (2009). The Epidemiological Challenge of the Most Frequent Eye Cancer: Retinoblastoma, an Issue of Birth and Death. *British Journal of Ophthalmology*, 93(9), 1129–1131.
4. Phạm Trọng Văn, Phạm Thị Minh Châu, và Nguyễn Ngân Hà (2016). Một số nghiên cứu gần đây về u nguyên bào võng mạc tại bệnh viện Mắt Trung ương: dịch tễ học lâm sàng, giải phẫu bệnh và các yếu tố nguy cơ (2003 - 2013). *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, 1, 365–375.
5. Fabian I.D., Khetan V., Stacey A.W. và cộng sự. (2022). Sex, gender, and retinoblastoma: analysis of 4351 patients from 153 countries. *Eye (Lond)*, 36(8), 1571–1577.
6. Ngô Văn Lăng và Hoàng Anh Tuấn (2019). Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong u nguyên bào võng mạc. *Luận văn Thạc sĩ y học*.
7. Alkatan H.M., Al-Dahmash S.A., Almesfer S.A. và cộng sự. (2020). High-risk features in primary versus secondary enucleated globes with advanced retinoblastoma: a retrospective histopathological study. *Int Ophthalmol*, 40(11), 2875–2887.