

cột sống thắt lưng thấp đã phải chịu sức ép của trọng lực cơ thể nay lại phải gánh thêm sức nặng nhiều hơn do thay đổi hình dạng cột sống, nó làm tăng nguy cơ xẹp đốt sống thắt lưng thấp.

Trong 52 đốt sống được THDS bằng bơm xi măng sinh học, chúng tôi nhận thấy có 59,6% là đốt sống L3, 30,8% là đốt sống L4, 9,6% là đốt sống L5. Cũng theo Phạm Văn Hữu⁸ nghiên cứu trên 100 đốt sống thắt lưng thấp do chấn thương, có 74,5% đốt sống L3, 17,6% đốt sống L4 và 7,8% đốt sống L5. Như vậy ta có thể thấy đa số đốt sống bị xẹp là đốt sống L3, tiếp đến là đốt sống L4 và ít nhất là đốt sống L5. Điều này có thể được giải thích là đốt sống L3 nằm gần vùng chuyển tiếp nên có nguy cơ xẹp cao hơn, đồng thời đốt sống L4 và L5 có hệ thống cơ nâng rất khỏe bám vào cùng với các dây chằng cổ định đốt sống với khung chậu bên dưới nên ít bị tổn thương hơn.

V. KẾT LUẬN

Xẹp cột sống thắt lưng thấp xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân nữ giới, cao tuổi khởi phát sau một chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên, thường đau kéo dài, tỷ lệ thoái hóa cột sống, trượt đốt sống, mức độ loãng xương và tỷ lệ xẹp đốt sống cũ cao. XĐSTLT cần được đánh giá, điều trị sớm tránh tiến triển thành đau mạn tính. Ngoài điều trị tình trạng xẹp đốt sống cần quan tâm điều trị tình trạng loãng xương, điều trị các bệnh lý nền gây loãng xương thứ phát nhằm hạn chế nguy cơ xẹp đốt sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mathis M, John DHaBMS.** Percutaneous Vertebroplasty and Kyphoplasty. Springer Science+Business Media, New York, USA.
2. **Marcia S, Saba L, Marras M, Suri JS, Calabria E, Masala S.** Percutaneous stabilization of lumbar spine: a literature review and new options in treating spine pain. The British journal of radiology. 2016;89(1065):20150436.
3. **Nakajima H, Uchida K, Honjoh K, Sakamoto T, Kitade M, Baba H.** Surgical treatment of low lumbar osteoporotic vertebral collapse: a single-institution experience. Journal of neurosurgery Spine. 2016;24(1):39-47.
4. **Đỗ Mạnh Hùng (2018).** Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Han S, Park HS, Pee YH, Oh SH, Jang IT.** The clinical characteristics of lower lumbar osteoporotic compression fractures treated by percutaneous vertebroplasty: a comparative analysis of 120 cases. Korean Journal of Spine. 2013;10(4):221-226.
6. **Xiong J, Dang Y, Jiang B-g, Fu Z-g, Zhang D-yJCJoT.** Treatment of osteoporotic compression fracture of thoracic/lumbar vertebrae by kyphoplasty with SKY bone expander system. 2010;13(05):270-274.
7. **Wang P, Wang F, Gao YL, et al.** Lumbar spondylolisthesis is a risk factor for osteoporotic vertebral fractures: a case-control study. The Journal of international medical research. 2018; 46(9):3605-3612.
8. **Phạm Văn Hữu (2011).** Nghiên cứu tổn thương giải phẫu bệnh lý gãy cột sống thắt lưng thấp và kết quả điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít qua cuống. Luận văn thạc sĩ y học Trường đại học y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN VÙNG RÌA BIỂU HIỆN TẠI HỐC MẮT

Nguyễn Ngọc An Nguyên¹, Đỗ Huyền Nga², Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước đầu u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 56 bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu

thực hiện trên 56 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,2 \pm 12,8$; tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Sở thấy u là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (21,4%). Khoảng 1/4 bệnh nhân có tổn thương ngoài hốc mắt, chủ yếu là hệ thống hạch (66,6%) và 87,5% bệnh nhân ở giai đoạn I, II. Tỉ lệ đạt bệnh ổn định với các bệnh nhân có chỉ định theo dõi không điều trị do không có triệu chứng lâm sàng sau 12 tháng là 83,3%. Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị là 40,6%, trong đó hóa trị kết hợp Rituximab là 52,4%, với Rituximab đơn trị là 50%, với tia xạ là 0%. Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất và đạt được đáp ứng hoàn toàn tốt nhất (60%). **Kết luận:** Theo dõi không điều trị mang lại hiệu quả cao. Tỉ lệ đáp ứng với các bệnh nhân có chỉ định điều trị khả tích cực, trong đó hóa trị kết hợp điều trị đích có hiệu quả

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc An Nguyên

Email: nnan484@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

lớn nhất, đặc biệt là phác đồ R-bendamustin. Điều trị đích hoặc tia xạ cũng là một phương pháp điều trị khả quan với giai đoạn I.

Từ khóa: U lympho vùng rìa, u lympho tại hốc mắt, điều trị

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF MARGINAL ZONE LYMPHOMA IN THE OCULAR ADNEXAL AREA

Objective: To evaluate the initial treatment results of marginal zone lymphoma in the ocular adnexal area. **Patients and Methods:** Descriptive, case-cluster-study in 56 patients with newly diagnosed marginal zone lymphoma in the ocular adnexal area at Vietnam National Cancer Hospital from March 2019 to June 2023. **Results:** The study was carried out on 56 patients. Median age was $39,5 \pm 12,7$; male:female ratio was 2,3:1. Palpable masses was the common presenting symptom (21,4%). A quarter of all patients had extraocular disease, primarily involving the lymph nodes (66,6%) and 87,5% patients were in stage I or II. The rate of stable disease after a 12-month observation treatment was 83,3%. For patients with treatment indications, the rate of complete response following treatment was 40,6%, with combination chemotherapy including Rituximab, it was 52,4%, Rituximab resulting in 50%, and radiation therapy showing 0%. The R-bendamustin regimen was the most frequently used and yielded the highest complete response rate at 60%. **Conclusion:** Observational management leads to a high level of effectiveness. The response rate among patients with treatment indications is positive, with combination chemotherapy targeted treatment being the most effective, especially with the R-bendamustin regimen. Targeted therapy and radiation therapy are also viable treatment approaches for stage I. **Keywords:** marginal zone lymphoma, ocular adnexal lymphoma, treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin (ULKH) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của hệ bạch huyết. Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, ULKH đứng thứ 11 ở cả 2 giới về cả số ca mới mắc và số ca tử vong toàn cầu¹. Ước tính mỗi năm có 544.352 ca mới mắc và 259.793 ca tử vong. Tại Việt Nam, ULKH đứng thứ 12 về cả số ca mới mắc và số ca tử vong, ước tính mỗi năm có 3725 ca mới mắc và 2214 ca tử vong¹.

Các u lympho không Hodgkin biểu hiện ở hốc mắt đại diện cho một phần nhỏ của tất cả các u lympho không Hodgkin toàn thân (6% của tất cả các ULKH vùng rìa nguyên phát,²). Tuy nhiên, chúng là một trong những khối u phổ biến nhất xảy ra ở phần phụ của mắt (26%)². Gần như tất cả các u lympho biểu hiện ở hốc mắt đều thuộc kiểu hình tế bào B, phần lớn là các u lympho vùng rìa của mô lympho liên kết với niêm mạc (MALT lymphoma). Ở vị trí này, u lympho MALT chiếm từ 35% đến 90%, trong khi các u lympho

tế bào lớn dạng nang và lan tỏa, mỗi khối chiếm khoảng 10%²⁻⁵. Điều này trái ngược rõ rệt với tỷ lệ chung của u lympho MALT, chỉ chiếm 7% đến 8% của tất cả các ULKH, ít phổ biến hơn các u lympho tế bào lớn và nang lan tỏa^{6,7}.

Cũng giống như các thể mô bệnh học của ULKH, đối với u lympho vùng rìa nói chung và u lympho vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt nói riêng, việc lựa chọn phương pháp điều trị chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và khu vực liên quan, bao gồm xạ trị, điều trị hóa chất và điều trị đích. Tuy nhiên, vẫn còn một số băn khoăn trong lựa chọn phương pháp điều trị, nhất là trong giai đoạn khu trú, ở những bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng hay thể trạng già yếu. Tại Việt Nam, số bệnh nhân mắc u lympho không Hodgkin vùng rìa tại hốc mắt được điều trị tương đối ổn định qua các năm. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có nghiên cứu chính thức nào phân tích và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này. Để đóng góp vào vốn hiểu biết tổng thể về bệnh lý u lympho không Hodgkin vùng rìa tại hốc mắt trên các phương diện: lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng, các phương pháp điều trị, kết quả, biến chứng... tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 56 bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định u lympho không Hodgkin vùng rìa bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.
- Bệnh phẩm sinh thiết được sinh thiết tại u hốc mắt.
- Có tổn thương đích để đánh giá trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (CLVT/MRI).
- Không mắc các bệnh đồng mắc nghiêm trọng có nguy cơ tử vong gần: suy gan, suy thận,...
- Lần đầu được chẩn đoán
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuân thủ tái khám và theo dõi định kỳ.
- Có đầy đủ thông tin lưu trữ trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- U lympho không Hodgkin tái phát hoặc chuyển dạng.
- Tình trạng toàn thân quá nặng.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện hốc mắt tại Bệnh viện K.

2.4. Các bước tiến hành:

- Lập danh sách BN được chẩn đoán u lympho vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn

- Ghi nhận thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất (mô tả trong phụ lục)

- Đánh giá kết quả điều trị sau xạ trị, hóa trị hoặc điều trị đích dựa trên kết quả khám lâm sàng, cận lâm sàng (CLVT toàn thân, MRI đầu cổ, siêu âm hốc mắt,...)

- Phân tích mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng với một số yếu tố: phương pháp điều trị, kích thước u, vị trí u, hội chứng B, thay đổi nồng độ LDH, giai đoạn bệnh,...

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp, nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Số liệu trung thực khách quan, được thông qua hội đồng mã số 8720108.

2.7. Phương pháp điều trị:

- Giai đoạn I

• BN được điều trị xạ trị tại chỗ (ISRT) với liều 24-30 Gy chia trong 20 buổi **HOẶC**

• Rituximab đơn trị (nếu CD20 dương tính) với BN thể trạng kém, nhiều bệnh lý kèm theo, từ chối điều trị xạ trị,... **HOẶC**

• Theo dõi, đánh giá lại sau 3 tháng nếu BN không có triệu chứng lâm sàng.

- Giai đoạn II, III và IV:

• BN được điều trị hóa chất với phác đồ Bendamustin hoặc CHOP hoặc CVP kết hợp Rituximab nếu CD20 dương tính

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân

	n	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi	56	19	83	59,2	12,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là 59,2 ± 12,8, cao nhất là 83 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 50-70 tuổi.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	39	69,6
	Nữ	17	30,4
Lí do vào viện	Sờ thấy u	12	21,4
	Phù mi mắt	11	19,6
	Lồi mắt	11	19,6
	Đau nhức mắt	9	16,1
	Cộm mắt	4	7,1
	Sụp mí	3	5,4
	Khác	6	10,7
Vị trí tổn thương	Chỉ hốc mắt	40	71,4
	Nhiều vị trí	16	28,6
Vị trí tổn thương ngoài hốc mắt	Hạch	12	66,6
	Trung thất	4	22,2
	Phổi	1	5,6
	Xương	1	5,6
	Tổng	18	100
Giai đoạn bệnh	I	27	48,2
	II	22	39,3
	III	4	7,1
	IV	3	5,4
Hội chứng B	Có	6	10,7
	Không	50	89,3
Thể giải phẫu bệnh	ULP không Hodgkin vùng rìa, CD20 (+)	56	100
	Khác	0	0

Nhận xét: Tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Lí do vào viện thường gặp nhất là sờ thấy u (21,4%) sau đó là phù mi mắt (19,6%) và lồi mắt (19,6%). Phần lớn bệnh nhân chỉ biểu hiện tổn thương tại hốc mắt (71,4%), tổn thương ngoài hốc mắt gặp ở 16 bệnh nhân (28,6%). Bệnh nhân chủ yếu phát hiện ở giai đoạn I (48,2%) và giai đoạn II (39,3%). 6 bệnh nhân (10,7%) có hội chứng B (sốt không rõ nguyên nhân, vã mồ hôi đêm, gây sút cân) trước khi điều trị. Thể giải phẫu bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu đều là u lympho không Hodgkin vùng rìa, CD20 (+).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.3. Phương pháp điều trị

	Phương pháp điều trị	Số BN	Tỉ lệ (%)
Theo dõi	Theo dõi	24	42,9
	Điều trị đích	8	14,3
	Xạ trị	3	5,4
	Hóa trị + điều trị đích	21	37,5
	Phác đồ điều trị	RCHOP	3
RCVP		7	33,3
RB		10	47,6
RR		1	4,8
Tổng		21	100

Nhận xét: Trong số 56 bệnh nhân nghiên cứu, có 42,9% được theo dõi kể từ thời điểm được chẩn đoán, 21 bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích (37,5%), còn lại sẽ được điều trị đích hoặc xạ trị, lần lượt là 14,3% và 5,4%. Trong số 21 bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích, phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất (47,6%), tiếp theo đó là phác đồ R-CVP (33,3%). Còn lại có 3 bệnh nhân (14,3%) sử dụng phác đồ RCHOP và 1 bệnh nhân (4,8%) sử dụng phác đồ R-lenalidomide.

Bảng 3.4. Thời gian từ khi theo dõi đến khi cần điều trị

	N	%
--	---	---

< 3 tháng	2	8,3
3 -6 tháng	1	4,2
> 12 tháng	1	4,2
Không cần điều trị	20	83,3
Tổng	24	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, trong tổng số 24 bệnh nhân được theo dõi, có 20 bệnh nhân vẫn chưa tiến triển (83,3%), có 2 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3 tháng kể từ thời điểm chẩn đoán, 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3-6 tháng và 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng > 12 tháng.

Bảng 3.5. Liên quan đến đáp ứng và phương pháp điều trị

	Đáp ứng hoàn toàn		Đáp ứng một phần		Bệnh ổn định		Bệnh tiến triển	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tia xạ	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Điều trị đích	2	25,0	2	25,0	4	50,0	0	0,0
Hóa trị + điều trị đích	11	52,4	10	47,6	0	0,0	0	0,0
Có điều trị	13	40,6	14	43,8	5	15,6	0	0,0

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào tiến triển trong quá trình điều trị. Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 40,6% và 43,8%, trong đó hóa trị kết hợp điều trị đích có tỷ lệ đáp ứng lớn nhất, với đáp ứng hoàn toàn là 52,4%

và đáp ứng một phần là 47,6%. Khi điều trị đích, có 4 bệnh nhân đạt được đáp ứng, chiếm tỉ lệ 50%, trong đó có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn. Còn đối với phương pháp điều trị tia xạ, có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng 1 phần (66,7%) và 1 bệnh nhân bệnh ổn định (33,3%)

Bảng 3.6. Đáp ứng liên quan đến phác đồ được sử dụng

	Đáp ứng hoàn toàn		Đáp ứng một phần		Bệnh ổn định		Bệnh tiến triển	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RB	6	60,0%	4	40,0%	0	0,0	0	0,0
RCVP	3	37,5%	5	62,5%	0	0,0	0	0,0
RCHOP	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0	0	0,0
RR	1	100%	0	0%	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất trong số các bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 60,0% và đáp ứng một phần là 40%. Phác đồ R-CVP được sử dụng nhiều tiếp theo, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 37,5% và 62,5%. Có 3 bệnh nhân được sử dụng phác đồ R-CHOP và 1 bệnh nhân sử dụng phác đồ R-R, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn lần lượt là 66,7% và 100%.

tại hốc mắt chiếm 71,4%. Có 16 bệnh nhân có tổn thương ngoài hốc mắt, trong đó có 12 bệnh nhân biểu hiện tại hệ thống hạch (66,6%). Điều này phản ánh đặc trưng của bệnh u lympho ác tính là bệnh lý của hệ thống hạch. Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn I (48,2%) và II(39,3%). Về thể giải phẫu bệnh, u lympho không Hodgkin vùng rìa, không phải những thể đặc biệt khác là thể hay gặp nhất (100%), kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới².

IV. BÀN LUẬN

Trong 56 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là 59,2 ± 12,8. Bệnh nhân nam chiếm đa số với tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Lí do vào viện thường gặp nhất là sờ thấy u (21,4%) sau đó là phù mi mắt (19,6%) và lồi mắt (19,6%). Vị trí tổn thương chỉ

Ở các bệnh nhân được chỉ định theo dõi do không có triệu chứng lâm sàng, với thời gian theo dõi trung bình 12 tháng, 20/24 bệnh nhân của chúng tôi đạt được trạng thái bệnh ổn định, chiếm 83,3%. Có 2 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3 tháng kể từ thời điểm chẩn đoán (8,3%), 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng 3-6 tháng (4,2%) và 1 bệnh nhân tiến triển trong vòng >

12 tháng (4,2%). Kết quả này đặc biệt tương đồng với nghiên cứu của K.Tanimoto trên 36 bệnh nhân u lympho vùng rìa tại hốc mắt được theo dõi với 25 bệnh nhân (69%) không cần phải điều trị⁸.

Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 40,6% và 43,8%, trong đó hóa trị kết hợp điều trị đích có hiệu quả lớn nhất, với đáp ứng hoàn toàn là 52,4% và đáp ứng một phần là 47,6%. Khi điều trị đích, có 4 bệnh nhân đạt được đáp ứng, chiếm tỉ lệ 50%, trong đó có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn. Còn đối với phương pháp điều trị tia xạ, có 2 bệnh nhân đạt được đáp ứng 1 phần (66,7%) và 1 bệnh nhân bệnh ổn định (33,3%). Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất trong số các bệnh nhân được điều trị hóa trị và điều trị đích, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 60,0% và đáp ứng một phần là 40%. Phác đồ R-CVP được sử dụng nhiều tiếp theo, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 37,5% và 62,5%. Có 3 bệnh nhân được sử dụng phác đồ R-CHOP và 1 bệnh nhân sử dụng phác đồ R-R, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn lần lượt là 66,7% và 100%. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng ghi nhận kết quả tương tự như chúng tôi. Trong nghiên cứu của Emanuele Zucca, tỉ lệ đáp ứng tăng lên khi kết hợp hóa chất với Rituximab so với Rituximab đơn thuần^{9,10}. Phác đồ hóa trị liệu ưu tiên khi kết hợp với Rituximab chưa được xác định rõ ràng và phụ thuộc bệnh lý đi kèm cũng như độc tính dự kiến. Phác đồ R-bendamustin có vẻ được ưa thích hơn do được dung nạp tốt hơn và ít độc tính đi kèm, ngoài ra tỷ lệ đạt được đáp ứng toàn bộ tốt hơn, tương tự như các nghiên cứu của Jan W Flinn và Mathias Rummel khi so sánh phác đồ R-bendamustin với R-CHOP và R-CVP.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân U lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt, phương pháp theo dõi không điều trị mang lại hiệu quả cao với tỉ lệ đạt bệnh ổn định là 83,3%, với thời gian theo dõi trung bình 12 tháng. Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỉ lệ bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn là 40,6%, trong đó hóa trị kết hợp với điều trị đích có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lớn nhất (52,4%). Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất và đạt hiệu quả cao nhất, với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 60%. Ngoài ra, phương pháp điều trị đích đơn thuần hoặc tia xạ cũng là những lựa chọn cân nhắc, đặc biệt với những

bệnh nhân giai đoạn I, thể trạng yếu có chỉ định điều trị nhưng không muốn điều trị hóa chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
- McKelvie PA, McNab A, Francis IC, Fox R, O'Day J.** Ocular adnexal lymphoproliferative disease: a series of 73 cases. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2001;29(6): 387-393. doi: 10.1046/j.1442-9071.2001.d01-18.x
- Coupland SE, Krause L, Delecluse HJ, et al.** Lymphoproliferative lesions of the ocular adnexa: Analysis of 112 cases. *Ophthalmology.* 1998; 105(8): 1430-1441. doi: 10.1016/S0161-6420(98)98024-1
- Nakata M, Matsuno Y, Katsumata N, et al.** Histology according to the Revised European-American Lymphoma Classification significantly predicts the prognosis of ocular adnexal lymphoma. *Leuk Lymphoma.* 1999;32(5-6):533-543. doi:10.3109/10428199909058411
- Jenkins C, Rose G, Bunce C, et al.** Histological features of ocular adnexal lymphoma (REAL classification) and their association with patient morbidity and survival. *Br J Ophthalmol.* 2000;84(8):907-913. doi:10.1136/bjo.84.8.907
- Harris N, Jaffe E, Stein H, et al.** A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group [see comments]. *Blood.* 1994;84(5): 1361-1392. doi: 10.1182/blood.V84.5.1361.1361
- Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, et al.** The World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues. Report of the Clinical Advisory Committee meeting, Airlie House, Virginia, November, 1997. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 1999;10(12): 1419-1432. doi: 10.1023/a:1008375931236
- Tanimoto K, Kaneko A, Suzuki S, et al.** Long-term follow-up results of no initial therapy for ocular adnexal MALT lymphoma. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2006;17(1): 135-140. doi: 10.1093/annonc/mdj025
- Zucca E, Conconi A, Laszlo D, et al.** Addition of rituximab to chlorambucil produces superior event-free survival in the treatment of patients with extranodal marginal-zone B-cell lymphoma: 5-year analysis of the IELSG-19 Randomized Study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2013; 31(5): 565-572. doi: 10.1200/JCO.2011. 40.6272
- Zucca E, Conconi A, Martinelli G, et al.** Final Results of the IELSG-19 Randomized Trial of Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma: Improved Event-Free and Progression-Free Survival With Rituximab Plus Chlorambucil Versus Either Chlorambucil or Rituximab Monotherapy. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2017;35(17): 1905-1912. doi:10.1200/JCO.2016.70.6994