

chính sách y tế liên quan nhằm nâng cao khả năng tiếp cận của NB và tối ưu hóa ngân sách y tế.

Mâu thuẫn lợi ích. Nghiên cứu được tài trợ bởi Công ty TNHH Daiichi Sankyo Việt Nam. Các tác giả đã tiến hành nghiên cứu độc lập, không có sự can thiệp của nhà tài trợ trong suốt quá trình nghiên cứu từ thiết kế đến báo cáo kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prandoni, P., et al., Major bleeding as a predictor of mortality in patients with venous thromboembolism: findings from the RIETE Registry. *Journal of thrombosis and haemostasis*, 2010. **8**(11): p. 2575-2577.
2. Khan, F., T. Tritschler, S.R. Kahn, and M.A. Rodger, Venous thromboembolism. *The lancet*, 2021. **398**(10294): p. 64-77.
3. Khan, F., T. Tritschler, S.R. Kahn, and M.A. Rodger, Venous thromboembolism. *Lancet*, 2021. **398**(10294): p. 64-77.
4. Grosse, S.D., et al., The economic burden of incident venous thromboembolism in the United States: A review of estimated attributable healthcare costs. *Thromb Res*, 2016. **137**: p. 3-10.
5. Hurst, K.V., J.M. O'Callaghan, and A. Handa, Risk impact of edoxaban in the management of stroke and venous thromboembolism. *Vascular Health and Risk Management*, 2016: p. 329-335.
6. Stevanović, J., et al., Dabigatran for the Treatment and Secondary Prevention of Venous Thromboembolism; A Cost-Effectiveness Analysis for the Netherlands. *PLoS One*, 2016. **11**(10): p. e0163550.
7. Preblich, R., W.J. Kwong, R.H. White, and S.Z. Goldhaber, Cost-effectiveness of edoxaban for the treatment of venous thromboembolism based on the Hokusai-VTE study. *Hospital Practice*, 2015. **43**(5): p. 249-257.
8. Clay, E., et al., Cost-effectiveness of edoxaban compared to warfarin for the treatment and secondary prevention of venous thromboembolism in the UK. *Journal of Market Access & Health Policy*, 2018. **6**(1): p. 1495974.
9. Niyomsri, S., M. Nimworapan, W. Wongcharoen, and P. Dilokthornsakul, Economic Evaluation of Direct Oral Anticoagulants Compared to Warfarin for Venous Thromboembolism in Thailand: A Cost-Utility Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 2023. **20**(4).
10. Gulati, S. and M.H. Eckman, Anticoagulant Therapy for Cancer-Associated Thrombosis : A Cost-Effectiveness Analysis. *Ann Intern Med*, 2023. **176**(1): p. 1-9.

DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT

Nguyễn Đức Tuấn¹, Nguyễn Thị Hồng², Bùi Xuân Trường³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến nước bọt (TNB) là nhóm bệnh lý ít có biểu hiện lâm sàng đặc trưng nhưng có phân loại mô bệnh học phức tạp, gây nhiều khó khăn trong chẩn đoán. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả và phân tích các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng thường gặp của ung thư TNB. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu 111 ca ung thư TNB có hồ sơ bệnh án đầy đủ, tình trạng mô mỡ đúc nền tốt đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Tp. HCM trong khoảng thời gian 01/01/2016 đến 31/12/2017. Kết quả: Đa số ung thư TNB xảy ra ở người từ 40 tuổi trở lên (65,7%), tuổi trung bình là $47,1 \pm 17,3$ tuổi. Tỷ số nam:nữ là 1:1,52. Đa số ung thư ở tuyến mang tai (59,5%) với tổn thương có mật độ cứng, chắc (86,5%). Phần lớn ung thư tại các TNB chính có giới hạn rõ hơn so với tại TNB phụ. Các tổn thương tại TNB phụ hầu hết không di động (92%). Trong khi tổn thương không di động tại các TNB chính chiếm tỉ lệ khiếm tổn (23,3%). Thời gian phát hiện bệnh chủ yếu

trong vòng 1 năm (77/111 ca; 70%), trung bình $30,2 \pm 56,2$ tháng. Khối sưng hay u lên tại vùng tổn thương là triệu chứng chủ yếu khiến bệnh nhân đi khám (90,1%). Tỷ lệ bướu nguyên phát giai đoạn T1 và T2 là 41,5%, T3 và T4 là 58,5%. Đa số (59,4%) ung thư TNB được chẩn đoán ở giai đoạn III (15,3%) và IV (44,1%). Loại ung thư thường gặp nhất là carcinôm nhầy bì (53,2%), carcinôm bọc dạng tuyến đứng thứ hai (23,4%). Trong các loại này, carcinôm nhầy bì thường gặp ở tuyến mang tai (39/66 ca; 59,1%) và tuyến dưới hàm (10/18 ca; 55,6%); trong khi đó, carcinôm bọc dạng tuyến và carcinôm nhầy bì gần như tương đương nhau ở tuyến dưới lưỡi (cùng chiếm tỉ lệ 1/2 ca; 50%) và TNB phụ (9/25 ca; 36% và 8/25 ca; 32%). **Kết luận:** Ung thư TNB thường ở tuyến mang tai, nữ nhiều hơn nam, trên 40 tuổi. Phổ biến nhất là carcinôm nhầy bì, kế đến là carcinôm bọc dạng tuyến. **Từ khóa:** Ung thư TNB, dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng, bướu tuyến nước bọt ác tính.

SUMMARY

CLINICAL ANALYSIS OF SALIVARY GLAND CANCERS

Introduction: Salivary gland cancer is a group of diseases with few characteristic clinical manifestations but complex histopathological classifications, making diagnosis challenging. The objective of the research is to describe and analyze the common epidemiological and clinical features of salivary gland cancer. **Materials and methods:**

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tuấn

Email: tuan.nd1985@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

Retrospective analysis of 111 cases of salivary gland cancer with complete medical records, good quality tissue samples for histopathological examination, and treatment at the Oncology Hospital in Ho Chi Minh City from January 1, 2016, to December 31, 2017.

Results: The majority of salivary gland cancers occurred in individuals aged 40 and above (65.7%), with an average age of 47.1 ± 17.3 years. The male-to-female ratio was 1:1.52. The most common site of cancer was the parotid glands (59.5%) and a large number of tumors exhibited a firm and well-defined consistency (86.5%). Most salivary gland cancers had more clearly defined boundaries compared to those in the minor salivary glands. Tumors in the minor salivary glands were mostly non-mobile (92%), while non-mobile tumors in the major salivary glands were less prevalent (23.3%). The disease was primarily detected within one year (77/111 cases; 70%), with an average duration of 30.2 ± 56.2 months. Swelling or a mass in the affected area was the main symptom prompting patients to seek medical attention (90.1%). The proportion of tumors classified as T1 and T2 is 41.5%, while T3 and T4 tumors account for 58.5% of cases. Most salivary gland cancers (59.4%) were diagnosed at stage III (15.3%) and IV (44.1%). The most common type of salivary gland cancer was mucoepidermoid carcinoma (53.2%), followed by adenoid cystic carcinoma (23.4%). Among these types, mucoepidermoid carcinoma predominantly occurred in the parotid glands (39/66 cases; 59.1%) and submandibular gland (10/18 cases; 55.6%). However, both types of carcinomas were nearly equal in prevalence in the sublingual gland (each accounting for 1/2 cases; 50%) and minor salivary glands (9/25 cases; 36% for adenoid cystic carcinoma and 8/25 cases; 32% for mucoepidermoid carcinoma).

Conclusions: Salivary gland cancer commonly occurred in the parotid glands, more frequently in females than males, and in individuals over 40 years of age. The most common type was mucoepidermoid carcinoma, followed by adenoid cystic carcinoma.

Keywords: Salivary gland cancer, epidemiology, clinical features, malignant salivary tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến nước bọt (TNB) là dạng bệnh lý tương đối hiếm gặp. Theo thống kê, suất độ hằng năm có thể thay đổi khoảng từ 0,3 - 14/100.000 dân tùy theo từng vùng địa lý khác nhau [4]. Nếu chỉ tính riêng vị trí đầu cổ, bướu TNB chiếm tỉ lệ khoảng 2,6% [3]. Xấp xỉ 20% bướu TNB là ung thư, chiếm khoảng 0,5% tất cả các loại ung thư và xấp xỉ 2-4% ung thư vùng đầu cổ [7]. Suất độ chuẩn theo tuổi của ung thư

TNB thay đổi quanh mức khoảng 1/100.000 dân [2], [5]. Hầu hết xảy ra ở lứa tuổi trên 50 [2], [3], [8]. Tỉ lệ xảy ra ở nam và nữ không chênh lệch nhiều [2], [8]. Tỷ lệ mắc hàng năm loại ung thư này trên toàn thế giới là 0,4 - 2,6/100.000 dân/năm [7]. Tại Việt Nam, suất độ chuẩn theo tuổi 0,4 - 0,6 /100.000 [6]. Ung thư TNB phần lớn được phát hiện muộn khi bướu đã lớn, xâm lấn hoặc chèn ép mô xung quanh ảnh hưởng đến thẩm mỹ cũng như chức năng, làm cho quá trình điều trị khó khăn, tăng tỉ lệ biến chứng và tái phát sau điều trị. Cho đến nay, các nghiên cứu về ung thư TNB tại Việt Nam còn khá khiêm tốn. Ngoài ra mẫu thu thập được trong các nghiên cứu thường chỉ tập trung vào một vài phân nhóm mô học có tần suất hiện diện cao. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu khảo sát các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ung thư tuyến nước bọt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu các ca có hồ sơ bệnh án đầy đủ, tình trạng mẫu mô đúc nén còn tốt và có chẩn đoán giải phẫu bệnh là ung thư TNB, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Tp. HCM trong khoảng thời gian 01/01/2016 đến 31/12/2017. Các biến nghiên cứu gồm: tuổi và giới tính, vị trí bướu nguyên phát, thời gian phát hiện bệnh, triệu chứng lâm sàng, giai đoạn ung thư (theo xếp hạng lâm sàng TNM và giai đoạn ung thư của UICC, năm 2016), và loại mô bệnh học (theo phân loại mô bệnh học của WHO, năm 2017). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0, dùng kiểm định χ^2 và Fisher để so sánh các tỉ lệ %, kiểm định t so sánh các số trung bình. Liên quan có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có tổng số 111 ca ung thư TNB. Đa số ung thư TNB xảy ra ở người từ 40 tuổi trở lên (65,7%), tuổi trung bình là $47,1 \pm 17,3$ tuổi, nhỏ nhất là 7 tuổi và lớn nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình ở nam là $49 \pm 2,6$ tuổi, và ở nữ $45,9 \pm 2,1$ tuổi. Nhóm dưới 40 tuổi có 38 ca (34,2%), từ 40 - 59 tuổi có 46 ca (41,4%) và 27 ca từ 60 tuổi trở lên (24,3%).

Mẫu nghiên cứu gồm 44 ca (39,6%) là nam giới và 67 ca (60,4%) nữ. Tỉ số nam:nữ là 1:1,52.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của ung thư TNB

Đặc điểm	Loại TNB n (%)					p
	Tổng	Tuyến mang tai	Tuyến dưới hàm	Tuyến dưới lưỡi	Tuyến nước bọt phụ	
Bên bệnh						
Trái	55 (49,5)	34 (51,5)	10 (55,6)	1 (50,0)	10 (40,0)	0,762
Phải	56 (50,5)	32 (48,5)	8 (44,4)	1 (50,0)	15 (60,0)	
Mật độ						

Chắc	71 (64,0)	46 (69,7)	14 (77,8)	2 (100)	9 (36,0)	0,007
Cứng	25 (22,5)	14 (21,2)	4 (22,2)	0 (0)	7 (28,0)	
Mềm	15 (13,5)	6 (9,1)	0 (0)	0 (0)	9 (36,0)	
Giới hạn						
Không rõ	53 (47,7)	25 (37,9)	7 (38,9)	1 (50,0)	20 (80,0)	0,002
Rõ	58 (52,3)	41 (62,1)	11 (61,1)	1 (50,0)	5 (20,0)	
Di động						
Không	43 (38,7)	15 (22,7)	5 (27,8)	0 (0)	23 (92,0)	<0,001
Kém	25 (22,5)	18 (27,3)	4 (22,2)	1 (50,0)	2 (8,0)	
Di động	43 (38,7)	33 (50,0)	9 (50,0)	1 (50,0)	0 (0)	
Anh hưởng xung quanh						
Không	92 (82,9)	56 (84,8)	16 (88,9)	2 (100)	18 (72)	0,371
Có	19 (17,1)	10 (15,2)	2 (11,1)	0 (0)	7 (28)	
Tổng		66 (59,5)	18 (16,2)	2 (1,8)	25 (22,5)	

Tỉ lệ phân bố ung thư ở 2 bên phải và trái khá tương đồng (49,5% và 50,5%). Đa số ung thư ở tuyến mang tai (59,5%), tiếp theo lần lượt là TNB phụ (22,5%), tuyến dưới hàm (16,2%) và tuyến dưới lưỡi (1,8%).

Đa số tổn thương có mật độ cứng (22,5%) và chắc (64%). Phần lớn ung thư tại các TNB chính là có giới hạn rõ hơn so với tại TNB phụ, tại tuyến mang tai chiếm 62,1%, tuyến dưới hàm và tuyến dưới lưỡi lần lượt 61,1% và 50%. Các tổn thương tại TNB phụ hầu hết không di động (92%). Trong khi các tổn thương không di động tại các TNB chính chiếm tỉ lệ khiêm tốn hơn lần lượt 22,7%, 27,8% và 0% cho tuyến mang tai, tuyến dưới hàm và dưới lưỡi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu ghi nhận 19/111 ca bướu gây ảnh hưởng tới cấu trúc xung quanh. Trong đó 3

ca bị liệt mặt, 7 ca xâm lấn da, 6 ca xâm lấn cơ - xương và 3 ca khí hàm - khó nuốt - khó nói. Riêng, có 1 ca vừa liệt mặt vừa xâm khí hàm - khó nuốt - khó nói được liệt vào nhóm khí hàm - khó nuốt - khó nói (do triệu chứng liệt mặt mới xuất hiện trước ngày phẫu thuật). Cả 4 ca liệt mặt đều liên quan tuyến mang tai (4/66 ca; 6,1%).

Thời gian phát hiện bệnh chủ yếu trong vòng 1 năm (77/111 ca; 70%), trung bình $30,2 \pm 56,2$ tháng, sớm nhất dưới 1 tháng và đến muộn nhất 30 năm, trung vị 12 tháng và khoảng tứ phân vị 3 - 24 tháng. Khối sưng hay u tại vùng tổn thương là triệu chứng chủ yếu khiến bệnh nhân đi khám (90,1%). Kích thước bướu trên lâm sàng trung bình $3,4 \pm 1,5$ cm, với trung vị 3 cm, khoảng tứ phân vị 2-4 cm. Bướu nhỏ nhất 1 cm, lớn nhất 10 cm.

Bảng 2. Liên quan giữa TNM, giai đoạn và vị trí ung thư

Đặc điểm	Loại TNB					p
	Tổng	Tuyến mang tai	Tuyến dưới hàm	Tuyến dưới lưỡi	Tuyến nước bọt phụ	
T						
T1	12 (10,8)	7 (10,6)	2 (11,1)	0 (0)	3 (12,0)	0,612
T2	34 (30,6)	20 (30,3)	5 (27,8)	1 (50,0)	8 (32,0)	
T3	20 (18,0)	9 (13,6)	6 (33,3)	1 (50,0)	4 (16,0)	
T4	45 (40,5)	30 (45,5)	5 (27,8)	0 (0)	10 (40,0)	
N						
N0	92 (82,9)	55 (83,3)	11 (61,1)	2 (100)	24 (96,0)	0,101
N1	6 (5,4)	3 (4,5)	3 (16,7)	0 (0)	0 (0)	
N2	13 (11,7)	8 (12,1)	4 (22,2)	0 (0)	1 (4,0)	
M						
M0	108 (97,3)	65 (98,5)	16 (88,9)	2 (100)	25 (100)	0,155
M1	3 (2,7)	1 (1,5)	2 (11,1)	0 (0)	0 (0)	
Giai đoạn						
1	12 (10,8)	7 (10,6)	2 (11,1)	0 (0)	3 (12,0)	0,830
2	33 (29,7)	19 (28,8)	5 (27,8)	1 (50,0)	8 (32,0)	
3	17 (15,3)	8 (12,1)	4 (22,2)	1 (50,0)	4 (16,0)	
4	49 (44,1)	32 (48,5)	7 (38,9)	0 (0)	10 (40,0)	
Tổng		66 (59,5)	18 (16,2)	2 (1,8)	25 (22,5)	

Trong 111 ca ung thư TNB, tỉ lệ bướu nguyên phát giai đoạn T1 là 10,8%, T2: 30,6%, T3: 18%,

và T4: 40,5%. Phần lớn (58,5%) bệnh nhân ung thư TNB đến khám và điều trị trong giai đoạn bướu T3 và T4. Có 18 ca phát hiện hạch cổ trong quá trình khám, điều trị (17,1%), trong đó N1 chiếm 5,4% và N2 chiếm 11,7%. Có 3 trường hợp di căn xa ở phổi, gan, xương chậu chiếm 2,7%. Đa số (59,4%) ung thư TNB được chẩn đoán ở giai đoạn III (15,3%) và IV (44,1%). Tỷ lệ giai đoạn sớm I là 10,8%, và II là 29,7%.

Bảng 3. Liên quan giữa loại mô học và vị trí ung thư

Đặc điểm	Loại TNB n (%)					P
	Tổng	Tuyến mang tai	Tuyến dưới hàm	Tuyến dưới lưỡi	TNB phụ	
Loại mô học						
Carcinôm nhầy bì	59 (53,2)	39 (59,1)	10 (55,6)	1 (50,0)	9 (36,0)	0,003
Carcinôm bọc dạng tuyến	26 (23,4)	12 (18,2)	5 (27,8)	1 (50,0)	8 (32,0)	
Carcinôm tế bào túi tuyến	14 (12,6)	12 (18,2)	1 (5,6)	0 (0)	1 (4,0)	
Carcinôm tuyến tế bào đáy	3 (2,7)	2 (3,0)	1 (5,6)	0 (0)	0 (0)	
Carcinôm tuyến đa dạng grad thấp	6 (5,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (24,0)	
Carcinôm biểu mô-cơ biểu mô	2 (1,8)	1 (1,5)	0 (0)	0 (0)	1 (4,0)	
Carcinôm tử bướu hỗn hợp	1 (0,9)	0 (0)	1 (5,6)	0 (0)	0 (0)	
Tổng		66 (59,5)	18 (16,2)	2 (1,8)	25 (22,5)	

Trong 111 ca ung thư TNB, carcinôm nhầy bì thường gặp nhất (53,2%), carcinôm bọc dạng tuyến đứng thứ hai (23,4%). 26 ca thuộc các phân nhóm còn lại, chiếm 23,4%.

Trong các loại này, carcinôm nhầy bì thường gặp ở tuyến mang tai (39/66 ca; 59,1%) và TDH (10/18 ca; 55,6%), carcinôm bọc dạng tuyến ít gặp hơn ở hai TNB chính này với lần lượt 12/66 ca (18,2%) và 5/18 ca (27,8%); trong khi đó, carcinôm bọc dạng tuyến và carcinôm nhầy bì gần như tương đương nhau ở tuyến dưới lưỡi (cùng chiếm tỷ lệ 1/2 ca; 50%) và TNB phụ (9/25 ca; 36% và 8/25 ca; 32%). Sự khác biệt này có ý nghĩa ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh viện Ung Bướu Tp. HCM là trung tâm chẩn đoán và điều trị các bướu lành và ác tính ở phía nam Việt Nam. Một nghiên cứu trước đây trong hai năm 2009 và 2010, có 154 ca mắc mới ung thư TNB [1] cao hơn so với nghiên cứu này. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những ca được bảo quản mẫu bệnh phẩm trong điều kiện tốt và có điều trị tại bệnh viện để tiến hành theo dõi lâu dài. Do đó, số lượng ca không đủ tiêu chuẩn chọn mẫu đã được loại đi tương đối nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư TNB thường nhiều hơn ở nữ so với nam, với tỉ số nam:nữ là 1:1,52; kết quả tương tự với nghiên cứu khác [1]. Ngược lại một số nước ghi nhận tỉ lệ ở nam hơi trội hơn nữ. Nghiên cứu ở Trung Quốc (2019) cho thấy tỉ số nam:nữ là 1,1:1 [5]. Về tuổi, nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng mọi lứa tuổi đều có thể bị ung thư TNB, nhỏ nhất 7 tuổi và lớn nhất là 86 tuổi. Cũng có một số nghiên cứu trước đây ghi nhận điều này. Độ tuổi thường

mắc ung thư TNB là 40-59 tuổi (41,4%), nhóm tuổi dưới 40 cao hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên (34,2% so với 24,3%). Nhìn chung, tỉ lệ ác tính vẫn chiếm tỉ lệ cao ở nhóm từ 40 tuổi trở lên [1].

Thời gian phát hiện bệnh trung bình 30,2 tháng, cao hơn một nghiên cứu trong nước trước đây (20,7 tháng). Nhìn chung, bướu TNB tiến triển tương đối chậm, triệu chứng nghèo nàn. Khối sưng hay bướu là lý do đến khám ở 90,1% ung thư TNB, tương tự kết quả nghiên cứu trước đây [1]. Cũng gần như nghiên cứu khác [1], khối bướu có kích thước trung bình 3,4 cm. Điều này cho thấy sự tiến triển của ung thư TNB không gây ra nhiều các triệu chứng khó chịu cho người bệnh.

Đa số tổn thương có mật độ cứng (22,5%) và chắc (64%), đây cũng là đặc điểm thường gặp của ung thư TNB. Không thể không chú ý tới 13,5% số ca còn lại có biểu hiện mềm trên lâm sàng, có thể do thành phần bên trong bướu có hàng nang chứa chất nhầy, dễ nhầm lẫn với nang TNB khi khám lâm sàng hay trên siêu âm. Ngoài ra, phần lớn ung thư tại các TNB chính có giới hạn rõ hơn so với tại TNB phụ, tại tuyến mang tai chiếm 62,1%, tuyến dưới hàm và tuyến dưới lưỡi lần lượt 61,1% và 50%. Các tổn thương tại TNB phụ hầu hết không di động (92%). Trong khi các tổn thương không di động tại các TNB chính chiếm tỉ lệ khiêm tốn hơn lần lượt 22,7%, 27,8% và 0% cho tuyến mang tai, tuyến dưới hàm và dưới lưỡi. Như vậy mặc dù là tổn thương ác tính, nhưng biểu hiện trên lâm sàng của ung thư tại các TNB lớn lại mang nhiều đặc điểm lành tính. Đây là những thông tin rất đáng lưu ý trong chẩn đoán. Có thể do các đặc điểm này có sự tương đồng trên siêu âm, nên có khá ít kết quả siêu âm mà chúng tôi ghi nhận được cho ra tỉ lệ là ác tính (32/87 ca).

Trong ung thư tuyến mang tai, khoảng 6,1% liệt mặt, thấp hơn so với nghiên cứu trước đây [1]. Tỷ lệ di căn hạch không cao (17,1%). Phần lớn các ca đến khám và điều trị đều ở giai đoạn trễ. Tuyến mang tai là vị trí phổ biến nhất của ung thư TNB, nhận định này nhất quán giữa các nghiên cứu, cho dù tỷ lệ có thể khác nhau [3], [5]. Tiếp theo là TNB phụ và tuyến dưới hàm. Nổi bật nhất ở cả TNB chính và TNB phụ là carcinôm nhầy bì và carcinôm bọc dạng tuyến. Hầu hết các nghiên cứu đều công nhận trong các loại bướu TNB ác tính, carcinôm nhầy bì phổ biến nhất, tiếp theo thường là carcinôm bọc dạng tuyến. Tổng kết chung, carcinôm nhầy bì thường gặp nhất (53,2%), đứng hàng thứ hai là carcinôm bọc dạng tuyến (23,4%). Kết quả này tương tự nhiều nghiên cứu [1], [3]. Tuy nhiên, khác một số nghiên cứu ở Trung Quốc, carcinôm tuyến không đặc hiệu đứng hàng thứ hai trong ung thư TNB, cao hơn carcinôm bọc dạng tuyến [5].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: Cỡ mẫu của từng nhóm phân loại mô bệnh học ung thư TNB còn nhỏ nên chưa phản ánh hết được đặc điểm của bệnh lý ung thư tuyến nước bọt. Ngoài ra, nghiên cứu này là nghiên cứu đơn trung tâm, nên tình hình bệnh tật chưa thực sự đại diện cho toàn bộ dân số Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Ung thư TNB ở Việt Nam hiện nay có nhiều điểm tương đồng so với ở các nước khác về tuổi, giới tính, vị trí và loại bướu. Đây là loại bệnh lý

thường diễn tiến lâu dài và không gây ra nhiều các triệu chứng rầm rộ ảnh hưởng tới người bệnh. Nữ giới, người từ 40 tuổi trở lên và tuyến mang tai thường bị hơn. Thường gặp theo thứ tự là carcinôm nhầy bì, carcinôm bọc dạng tuyến. Chúng tôi hy vọng các kết quả trên có thể giúp chẩn đoán và điều trị ung thư TNB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Chi, Nguyễn Thị Hồng, Trần Văn Thiệp (2011), "Phân tích lâm sàng các bướu tuyến nước bọt năm 2009 và 2010", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, Vol.3, pp.107-114.
2. Bjørndal K., et al. (2011), "Salivary gland carcinoma in Denmark 1990-2005: a national study of incidence, site and histology. Results of the Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA)", Oral Oncology, Vol.47(7), pp.677-682.
3. Da Silva Leorik Pereira, et al. (2018), "Salivary gland tumors in a Brazilian population: A 20-year retrospective and multicentric study of 2292 cases", Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.
4. Ettl T., et al. (2012), "Salivary gland carcinomas", Oral Maxillofac Surg, Vol.16(3), pp.267-83.
5. Fu Jin-Ye, et al. (2019), "Salivary gland carcinoma in Shanghai (2003-2012): an epidemiological study of incidence, site and pathology", BMC cancer, Vol.19(1), pp.350-350.
6. Parkin D. M., et al. (2002), Cancer Incidence in Five Continents, International Agency for Research on Cancer, France, pp.781.
7. To V. S., et al. (2012), "Review of salivary gland neoplasms", ISRN Otolaryngol, Vol.2012, pp.872982.
8. Yamada S. I., et al. (2018), "Significant prognostic factors affecting treatment outcomes of salivary gland carcinoma: a multicenter retrospective analysis", Odontology, Vol.106(1), pp.96-102.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA SINH NGÀ BẮT TOÀN VÀ CÁC ĐỘT BIẾN GEN TRÊN BỆNH NHÂN TẠO XƯƠNG BẮT TOÀN

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Tống Minh Sơn¹, Trần Văn Khánh¹, Vũ Chí Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa đặc điểm sinh ngà bắt toàn và các biến thể gen trên bệnh nhân mắc tạo xương bắt toàn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là 31 trẻ mắc tạo xương bắt toàn có độ tuổi từ 2 – 19 tuổi. Bệnh nhân được khám lâm sàng và chụp X-quang để xác định sự có mặt của sinh ngà bắt toàn, đồng thời được xét nghiệm giải trình tự toàn bộ hệ gen để xác định đột biến gen gây bệnh tạo xương bắt toàn. Kết quả: Các biến thể

liên quan đến gen mã hóa collagen týp I (COL1A1, COL1A2) chiếm chủ yếu 86,5%. Tỷ lệ mắc DI là 38,7%. 13/14 các biến thể của gen COL1A1, COL1A2 gây DI tập trung ở vùng xoắn ba. Tỷ lệ mắc DI cao hơn (66,7%) được quan sát thấy trong số các biến thể gây ảnh hưởng tripeptide Gly-X-Y. **Kết luận:** Có mối liên quan chặt chẽ giữa DI và các biến thể gây thay thế glycine. Phần lớn các biến thể gây DI tập trung ở vùng xoắn ba.

Từ khoá: Tạo xương bắt toàn, sinh ngà bắt toàn.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN DENTINOGENESIS IMPERFECTA AND GENE MUTATIONS IN PATIENTS WITH OSTEOGENESIS IMPERFECTA

This study aimed to investigate the association between dentinogenesis imperfecta (DI) and genetic

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: thuhuongnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024