

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA U HẮC TỔ ÁC TÍNH MÀNG BỒ ĐÀO

Bùi Đào Quân<sup>✉</sup>, Hoàng Anh Tuấn, Thẩm Trương Khánh Vân,

Nguyễn Quốc Anh

Bệnh viện Mắt Trung ương

*U hắc tố ác tính (u hắc tố ác tính) màng bồ đào là một bệnh hiếm gặp nhưng là khối u nội nhãn hay gặp nhất ở người lớn và có nguy cơ di căn cao. Nghiên cứu các yếu tố về đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học để khám, chẩn đoán xác định của bệnh này là rất quan trọng trong việc phát hiện và điều trị bệnh ở giai đoạn sớm tránh biến chứng nặng của bệnh. Kiến thức về đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u hắc tố ác tính màng bồ đào đang được nghiên cứu rộng rãi trên thế giới và chính vì vậy mà chúng tôi trình bày nghiên cứu này để giúp bổ sung kinh nghiệm trong nước.*

**Từ khóa:** U hắc tố ác tính màng bồ đào

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hắc tố ác tính màng bồ đào là bệnh không phổ biến nếu so với nhóm bệnh u hắc tố toàn thân nói chung. Bệnh chỉ chiếm khoảng 3% của tất cả các trường hợp u hắc tố ác tính toàn thân. Tuy nhiên, theo Singh AD, Topham A,<sup>1</sup> nếu tính riêng các u nội nhãn, đây lại là bệnh ác tính nội nhãn hay gặp nhất ở người lớn, với tỷ lệ ước tính là 4 - 5 trường hợp trên một triệu người/năm ở Hoa kỳ và 5 - 7,4 trường hợp ở Châu Âu.

Theo các tác giả Egan et al<sup>2</sup> thì phần lớn các bệnh nhân u hắc tố ác tính màng bồ đào là người da trắng (97,8%). Các yếu tố có ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh u hắc tố ác tính màng bồ đào bao gồm màu da sáng, tóc vàng và mắt màu xanh da trời hoặc ánh sáng bức xạ cao, nốt ruồi màng bồ đào. Mặc dù u hắc tố ác tính ở da và nhãn cầu có chung nguồn gốc, là do tế bào hắc tố, tuy nhiên biểu hiện lâm sàng và cơ chế sinh học phân tử của chúng cơ bản khác nhau. Mặc dù tiếp xúc với ánh sáng mặt trời đã được cho là một yếu tố nguy cơ gây u hắc tố ác tính màng bồ đào, nhưng để đánh

giá vai trò của nó còn rất phức tạp. Đa số bệnh nhân bị bệnh u hắc tố ác tính màng bồ đào ở độ tuổi 50 - 80, với tỷ lệ tử vong cao.

Trong u hắc tố ác tính nội nhãn, u hắc tố ác tính mỏng mắt, thể mi chỉ chiếm khoảng 10%, còn lại chủ yếu là u hắc tố ác tính hắc mạc. U hắc tố ở mỏng mắt chủ yếu là lành tính. Do u hắc tố ác tính ở hắc mạc khó làm sinh thiết mà không gây tổn thương đến thị lực, nên theo Gallagher<sup>3</sup> là rất khó chẩn đoán xác định từ các giai đoạn sớm.

Tiên lượng của u hắc tố ác tính màng bồ đào phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí, kích thước, loại tế bào, mức độ xâm lấn... Nếu u vẫn chưa phá vỡ thành của nhãn cầu thì u có thể di căn theo đường máu do trong nhãn cầu không có mạch bạch huyết; chủ yếu u di căn đến gan ( $\geq 90\%$ ), tiếp theo là di căn đến phổi, xương, da, theo Weis.<sup>4</sup> Khi đã có yếu tố di căn, thời gian sống thêm của bệnh nhân trong nghiên cứu của Weis et al<sup>5</sup> thường còn ít hơn 7 tháng. Chính vì vậy, cần phải phát hiện sớm các tổn thương ung thư và bắt đầu điều trị trước khi quá trình di căn xảy ra. Có rất nhiều yếu tố đặc trưng của bệnh u hắc tố ác tính màng bồ đào giúp phát hiện bệnh sớm và chẩn đoán xác định bệnh.

*Tác giả liên hệ: Bùi Đào Quân,*

*Bệnh viện Mắt Trung ương*

*Email: buidaquan2000@gmail.com*

*Ngày nhận: 20/10/2020*

*Ngày được chấp nhận: 24/11/2020*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Bệnh nhân đã được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật và được chẩn đoán mô bệnh học là u hắc tố ác tính màng bồ đào tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ năm 01/2016 - 09/2019.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân u hắc tố ác tính màng bồ đào được chẩn đoán và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật (cắt u tại chỗ qua đường mổ nhỏ, khoét bỏ nhãn cầu hoặc nạo vét tổ chức hốc mắt) được chẩn đoán xác định qua xét nghiệm mô bệnh học và đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chưa được chẩn đoán rõ ràng.
- Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

#### Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, mô tả cắt dọc

#### Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1 - \alpha/2}^2 \frac{p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó

Z: hệ số tin cậy

$Z_{(1 - \alpha/2)}^2$ : giá trị Z = 1,96 tương ứng với  $\alpha = 0,05$ .

d: sai số nghiên cứu, chọn d = 0,96 %

p: tỷ lệ thành công mong muốn với p = 0,9

q = 1 - p

Sau khi tính toán, cỡ mẫu là: n = 32

Phương tiện nghiên cứu

Dụng cụ và thuốc phục vụ khám lâm sàng

- Máy sinh hiển vi
- Bảng thử thị lực, nhãn áp kế Maclakov
- Kính soi đáy mắt Volk, kính 3 mặt gương

Goldmann

- Máy chụp OCT
- Máy siêu âm: A và B
- Máy chụp MRI

Dụng cụ và thuốc phục vụ phẫu thuật

- Kính hiển vi phẫu thuật
- Kính phẫu thuật đeo trán
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vi phẫu và phẫu thuật hốc mắt theo quy chuẩn

Dụng cụ và hóa chất phục vụ chẩn đoán mô bệnh học

- Máy cắt bệnh phẩm
- Kính hiển vi quang học có bộ phận chụp ảnh
- Các hóa chất và thuốc nhuộm

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm lâm sàng của khối u hắc tố ác tính màng bồ đào

#### Tuổi

Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu gồm có 32 bệnh nhân. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là:  $46,43 \pm 17,8$  tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 8 tuổi. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi.

**Bảng 1. Nhóm tuổi bệnh nhân**

Nhóm tuổi	< 18	18 - 40	41 - 60	61 - 80	> 80	Tổng
Số bệnh nhân	2	10	15	4	1	32
Tỷ lệ %	6,2	31,2	46,8	12,5	3,1	100

Theo bảng 1 bệnh nhân từ 41 - 60 tuổi là nhóm tuổi hay gặp nhất (15 bệnh nhân với tỷ lệ là 46,8%); tiếp theo là nhóm 18 đến 40 tuổi (31,2%). Nhóm bệnh nhân trên 80 tuổi chỉ có 3,1 % ( 1 bệnh nhân). Nhóm tuổi từ 18 đến 60 tuổi chiếm 78,0%. Đây là độ tuổi người bệnh đang có sức lao động tốt nhất.

### **Giới**

Trong số 32 bệnh nhân, nam giới chiếm 53,1% ( 17 bệnh nhân). Nữ giới là 46,8% (15 bệnh nhân). Như vậy, u hắc tố ác tính màng bồ đào gặp ở nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### **Hình ảnh siêu âm đặc trưng của khối u**

**Bảng 2. Hình ảnh siêu âm**

Hình ảnh tổn thương	Số mắt	Tỷ lệ %
Hình khối vòm hoặc nấm	30	93,7
Khối u màng bồ đào có vùng rỗng âm	30	93,7
Bóng ở hốc mắt	30	93,7
Lõm hắc mạc ở đáy khối u	30	9,3

Theo bảng 2, 93,7% mật độ khối u có hình khối vòm hoặc nấm và cũng 93,7% có bóng cản quang hốc mắt. Có 93,7%. Lõm hắc mạc ở đáy khối u. Trong số bệnh nhân nghiên cứu trên hình ảnh siêu âm có nhiều mắt bị hai hay ba tổn thương phối hợp.

## **2 Đặc điểm mô bệnh học của khối u**

### **Vị trí khối u**

- Vị trí khối u ở hắc mạc 90,6% (29 mắt)
- Khối u ở móng mắt là 6,2%.
- Chỉ có 3,1% (1 mắt) khối u ở vùng thể mi.

### **Kích thước khối u**

**Bảng 3. Kích thước khối u**

Kích thước khối u	Số mắt	Tỷ lệ %
Nhỏ (chiều dày $u < 2,5$ mm, đường kính đáy $< 10$ mm)	1	3,1
Trung bình ( $2,5$ mm $<$ chiều dày $u < 10$ mm, $10$ mm $<$ đường kính đáy $< 16$ mm)	22	68,7
To (chiều dày $> 10$ mm, đường kính đáy $> 16$ mm)	9	21,1
Tổng số	32	100

Theo bảng 3, khối u có kích thước trung bình là hay gặp nhất 68,7% (22 mắt); khối u có kích thước to 21,1% (9 mắt) và chỉ có 3,1% (1 mắt) khối u có kích thước nhỏ.

### **Phân loại tế bào u**

- Loại tế bào khối u hay gặp nhất là loại hỗn hợp tế bào (56,2%).
- Sau đó là loại tế bào hình thoi (31,2%)
- Ít gặp nhất là tế bào dạng biểu mô (12,5%).

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là  $46,4 \pm 17,8$  tuổi. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 8 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất 81 tuổi. Theo bảng 3.1, nhóm tuổi từ 41 đến 60 là nhóm tuổi hay gặp nhất với tỷ lệ là 46,8%. Sau đó nhóm bệnh nhân từ 18 đến 40 tuổi (31,2%), còn bệnh nhân từ 61 đến 80 tuổi 12,5% và chỉ có 3,1% (1 bệnh nhân) trên 80 tuổi.

Theo các nghiên cứu trên thế giới, u hắc tố ác tính màng bồ đào thường gặp ở nhóm tuổi lớn hơn. Theo Singh độ tuổi hay gặp u hắc tố ác tính màng bồ đào nhất là trên 70 tuổi

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là  $46,4 \pm 17,8$  tuổi. Điều này có sự khác biệt với các tác giả nước ngoài. Theo cơ sở dữ liệu ung thư quốc gia Mỹ, tuổi trung bình chẩn đoán khối u là 60,4 tuổi.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chúng tôi phần lớn là dưới 60 tuổi (78,0%). Còn theo Singh ở Mỹ độ tuổi hay gặp nhất của bệnh là trên 70 tuổi<sup>1</sup>. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình bệnh nhân là trẻ ( $46,4 \pm 17,8$  tuổi). Trong khi tuổi trung bình trong nghiên cứu ở Mỹ, Phần lan là hơn 60 tuổi.<sup>1</sup>

Trong nghiên cứu này, u hắc tố ác tính màng bồ đào gặp ở nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Nam: 53,1% và nữ: 46,8%). Theo Swezdlow (Anh - 1977) thì tỷ lệ bị u 7,2 phần triệu ở nam và 5,7 phần triệu ở nữ. Theo Singh et al<sup>1</sup> tỷ lệ này là 4,9 phần triệu ở nam, 3,7 phần triệu ở nữ. Theo Kzicker Úc 1998 tỷ lệ là 11,9 phần triệu ở nam, 7,8 phần triệu ở nữ.

Theo bảng 2 tất cả 100% có khối u với phần âm thuần nhất trong khối u; 93,7% khối u có hình khối vòm hoặc nấm; 93,7% khối u có bóng cản quang hốc mắt; có 9,3% trường hợp có hắc mạc bị đục lên. Trong số bệnh nhân nghiên cứu trên hình ảnh siêu âm có nhiều mắt bị hai hay ba tổn thương phối hợp.

Các tác giả trên thế giới đánh giá sử dụng cả siêu âm B là xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng nhất khi chẩn đoán u hắc tố ác tính màng bồ đào. Ở siêu âm B có các hình ảnh kinh điển là: hình khối vòm hoặc nấm, có vùng rỗng âm, hắc mạc bị tổn thương và bóng cản khối u trong hốc mắt. Với các khối u có chiều dày hơn 3 mm, kết hợp thăm khám lâm sàng với siêu âm B có thể giúp chẩn đoán chính xác 95% u hắc tố ác tính màng bồ đào.

Chúng ta thấy u chủ yếu ở hắc mạc (90,6%), u ở mống mắt là: 6,2% và chỉ có 3,1% khối u ở vùng thể mi; điều này phù hợp với các tác giả trên thế giới. Theo các tác giả trên thế giới, phần lớn u hắc tố ác tính ở hắc mạc. Theo Singh et al<sup>1</sup> phân bố theo vị trí của u hắc tố ác tính màng bồ đào như sau: hắc mạc (80%), thể mi (12%) và mống mắt (8%).

U hắc tố ác tính mống mắt khu trú thường có hình dạng nốt sần và sắc tố bị biến đổi; có xu hướng hình thành ở nửa dưới mống mắt. U thường có bề mặt không đều, được bao phủ bởi một màng bám trên bề mặt. Trong các khối u nhạt màu hơn có thể nhìn thấy được các mạch máu ở bên trong khối u. U hắc tố mống mắt có thể phát triển ra phía trước, về góc tiền phòng và ra phía sau, hoặc theo cả hai phía. Trong những trường hợp như vậy cần soi đáy mắt để kiểm tra toàn bộ chu vi của cơ thể mi trước khi đưa ra phác đồ điều trị cho bệnh nhân. Do u hắc tố ác tính mống mắt ở vị trí dễ được phát hiện nên u mống mắt thường được phát hiện, điều trị sớm và có tiên lượng tốt.

U hắc tố ác tính thể mi có thể có dạng vòm khu trú hoặc hình vòng nhẫn xâm lấn toàn bộ thể mi. U hắc tố ác tính thể mi khu trú có khối hình dạng nốt sần và tại thời điểm chẩn đoán thường đã to, nhất là so với u hắc tố mống mắt. Trong giai đoạn đầu, những khối u này bị giới hạn trong thể mi và do đó không có triệu chứng. Chúng thường có màu nâu, tương ứng với màu

sắc của biểu mô sắc tố. U hắc tố ác tính thể mi thường được phát hiện chậm nên thường kích thước đã to và hơn nữa u ở vùng có nhiều mạch máu nên tiên lượng thường kém.

Theo nghiên cứu Xu et,<sup>6</sup> 90,6% u hắc tố ác tính màng bồ đào ở hắc mạc. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới: 80 - 90% u hắc tố ác tính màng bồ đào phát triển ở hắc mạc. Trên các trường hợp u hắc tố ác tính màng bồ đào, hầu hết bệnh nhân đều có các triệu chứng như: giảm thị lực, lóa mắt (10 - 30%), ám điểm, đau nhức mắt, chảy nước mắt. Khoảng 10% không có triệu chứng, thường tương ứng với các trường hợp u có kích thước nhỏ hoặc trung bình, u nằm gần đường xích đạo, được phát hiện ngẫu nhiên khi đi kiểm tra mắt hoặc sau phẫu thuật đục thể thủy tinh.

Hắc mạc và thể mi được bao bọc bởi củng mạc liên tục và chắc chắn, do đó khối u thường phát triển, nhô vào buồng dịch kính. Các khối u kích thước trung bình và nhỏ vẫn chưa đủ áp lực lên màng Bruch, nhờ đó màng nguyên vẹn nên khối u có hình vòm, với độ dày thường khoảng một nửa đường kính của chúng. Nếu màng Bruch vỡ ở đỉnh của khối u, u hắc tố ác tính hắc mạc thường có hình dạng nấm.

Trái ngược với u hắc tố ác tính mỏng mắt, u hắc tố ác tính hắc mạc ác tính hơn nhiều và có nguy cơ di căn cao, đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Chính vị trí của khối u thường ở vùng xích đạo hay đáy mắt làm quá trình chẩn đoán và điều trị thêm khó khăn. Bệnh nhân thường đến khám muộn khi u kích thước đã to. U cũng khó điều trị hơn do vị trí sâu trong nhãn cầu.

U hắc tố ác tính hắc mạc ban đầu hình thành có dạng khối u hình vòm, nằm dưới các lớp võng mạc với lớp tế bào biểu mô sắc tố có Lipofuscin tích tụ, drusen và lớp biểu mô sắc tố bị bong ra. Sự phát triển của u hắc tố ác tính hắc mạc theo 3 hướng: xuất ngoại ra ngoài (xuyên qua củng mạc), vào trong (xuyên

qua màng Bruch vào buồng dịch kính) và lan rộng trong màng bồ đào. U xuất ngoại thường đi theo đường đi của những mạch máu và sợi thần kinh xuyên qua củng mạc. U xuất ngoại ra ngoài củng mạc gặp khoảng 3,8% hay 40% tùy theo nghiên cứu.

Kích thước khối u là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất của u hắc tố ác tính màng bồ đào; là cơ sở để chẩn đoán giai đoạn và xác định phương thức điều trị cho bệnh nhân nên cần phải được đánh giá kỹ lưỡng và chính xác.

Theo bảng 3, khối u có kích thước trung bình là hay gặp nhất 68,7% (22 mắt); khối u có kích thước to là 21,1% (9 mắt) và chỉ có 3,1% (1 mắt) khối u có kích thước nhỏ. Khối u có kích thước trung bình và to chiếm phần lớn 96,9% (31 mắt). Điều này cho thấy bệnh nhân thường đến khám rất muộn. Bệnh nhân thường đến khám muộn khi có các dấu hiệu bất thường tại mắt từ 6 đến 12 tháng. Điều này cũng giải thích vì sao trong phương pháp phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 96,9% (31 mắt) bị khoét bỏ nhãn cầu và chỉ có 3,1% (1 mắt) được cắt bỏ khối u tại chỗ.

Theo các tác giả trên thế giới, kích thước u càng to thì tiên lượng bệnh càng nặng. Theo nghiên cứu của Gallagher thì tỷ lệ tử vong sau 25 năm lần lượt là 18%, 52% và 59% tương ứng với kích thước nhỏ, trung bình và to. Tiên lượng của 31 bệnh nhân phải khoét bỏ nhãn cầu là nặng, cần theo dõi sát.

Trong nghiên cứu này, chúng ta thấy loại tế bào khối u hay gặp nhất là loại hỗn hợp tế bào (56,2%), sau đó là tế bào hình thoi (31,2%) và cuối cùng là tế bào dạng biểu mô (12,5%).

Theo các tác giả trên thế giới, loại tế bào cũng ảnh hưởng đến khả năng tiên lượng sống thêm của bệnh nhân. Trước đây, Callender đã phân thành sáu thể khác nhau dựa vào hình thái tế bào và cấu trúc mô u, nhưng sau đó được đơn giản hóa thành 3 thể loại chính: Loại tế bào hình

thoi, loại hỗn hợp tế bào và loại tế bào dạng biểu mô.

Các tế bào hình thoi có thể xếp dạng các “bó” hoặc tạo thành hình xoáy ốc với bào tương dạng sợi và rất khó xác định ranh giới vì các tế bào được xếp sát theo nhau. Có hai loại tế bào hình thoi là: típ A với nhân thon dài, hạt nhân nhỏ và thường có vạch chạy dọc theo nhân tế bào và típ B với nhân hình “trứng” và hạt nhân to hơn. Loại tế bào hình thoi là loại lành tính nhất, tiên lượng tốt nhất.

Loại tế bào dạng biểu mô bao gồm các tế bào đa diện, kích thước khá lớn và có hình thái khá giống các tế bào biểu mô. Các tế bào thường có bào tương rộng, ưa toan và thường ít gắn kết với các tế bào lân cận. Nhân tế bào thường có chất nhuộm sắc thể thô và hạt nhân to. Loại tế bào biểu mô đơn thuần ít gặp. Theo Mc Lean (1993), chỉ gặp khoảng 3% số ca là loại tế bào dạng biểu mô đơn thuần. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu trên; chúng tôi chỉ gặp 12,5% khối u là loại tế bào dạng biểu mô. Tuy nhiên đây là dạng có tính chất ác tính nhất.

U hắc tố ác tính loại hỗn hợp tế bào: Trong mô u có cả tế bào thoi và tế bào dạng biểu mô với tỷ lệ thay đổi từ 10 - 90%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, loại hỗn hợp tế bào chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%). Đối với u hắc tố ác tính màng bồ đào loại hỗn hợp tế bào thì tiên lượng u phụ thuộc vào tỷ lệ phần trăm của tế bào dạng biểu mô: Nếu càng nhiều tế bào dạng biểu mô thì độ ác tính càng cao.

## V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng: u hắc tố ác tính màng bồ đào gặp chủ yếu ở tuổi trung niên và người già nhưng vẫn có thể gặp ở trẻ em. Bệnh gặp ở nam và nữ không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê. Siêu âm: Các khối u thường có rỗng

âm trong khối u (93,7%) và có tới 93,7% khối u có hình vòm hoặc nấm, đồng thời thường xuất hiện bóng cản quang hốc mắt.

Đặc điểm mô bệnh học: Về vị trí khối u, chủ yếu khối u ở hắc mạc (90,6%), 6,2% ở mống mắt và 3,1% ở thể mi. Về kích thước khối u, u có kích thước trung bình và to chiếm phần lớn (96,9%). Về phân loại tế bào, loại hay gặp nhất là loại hỗn hợp tế bào (56,2%), tiếp đến là loại tế bào hình thoi (31,2%) và ít gặp nhất là loại tế bào dạng biểu mô (12,5%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singh AD, Topham A. Incidence of uveal melanoma in the United States: 1973 - 1997. *Ophthalmology*; 2003.110:956 - 61.DOI: 10.1016/S0161 - 6420(03)00078 - 2.
2. Egan KM, Seddon JM, Glynn RJ, Gragoudas ES, Albert DM. Epidemio logic aspects of uveal melanoma. *Surv Ophthalmol*;1998. 32:239 - 51.DOI: 10.1016/0039 6257(88)90173 - 7.
3. Gallagher RP, Elwood JM, Rootman J, et al. Risk factors for ocular melanoma: Western Canada Melanoma Study. *J Natl Cancer Inst*;1985. 74:775 - 8.
4. Weis E. The association of cutaneous and iris nevi with uveal melanoma: a meta - analysis. *Ophthalmology*;2009. 116:536 - 43.e2.DOI:10.1016/j.ophtha.2008.10.008.
5. Weis E, Shah CP, Lajous M, Shields JA, Shields CL. The association between host susceptibility factors and uveal melanoma: a meta - analysis. *Arch Ophthalmol*;2006. 124:54 - 60.DOI: 10.1001/archophth.124.1.54.
6. Xu Y, Lou L, Wang Y, Miao Q, Jin K, Chen M, Ye, J. Epidemio logical Study of Uveal Melanoma from US Surveillance, Epidemio logy, and End Results Program (2010 - 2015) *J Ophthalmol*. 2020 . 3614039. DOI: 10.1155/2020/3614039.



## Summary

### CLINICAL AND HISTOLOGICAL FEATURES OF UVEAL MELANOMA

Although uveal malignant melanoma (UMM) is a rare disease, it is the most common major intraocular tumor in adults and has a high risk of metastasis. Researching clinical features and histopathology of UMM is very important to improve diagnosis, detection, and treatment of the disease at an early stage to avoid complications. We conducted this study to describe UMM clinical and histopathological characteristics found in Vietnam. For small MBD, the rate of metastasis over 10 years was 29.8% for small tumors, 49% for medium size, and 49.2% for large tumors. When the tumor has metastasized, the patient had on average less than 7 months to live. The 5 - year survival rate of the disease was 62%. There are many factors that affect the viability of a patient with uveal melanoma. In the world, there have been many studies on UMM regarding diagnostic methods, treatment methods, and prognosis of patients of different races. In Vietnam, there are currently no studies on UMM. Treatment of UMM in Vietnam is mainly by surgery, but there is no assessment on the results of treatment.

**Keywords:** Uveal malignant melanoma.