Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 138-142

PRIMARY VAGINAL MALIGNANT MELANOMA: A REPORT OF TWO CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Nguyen Van Ha[1,2], Nguyen Van Duc[1*], Hoang Duc Thanh[1], Tran Giang Chau[1], Ha Thanh Kien[1], Nguyen Thi Ha[1], Dao Van Tu[1]

[1]*Vietnam National Cancer Hospital, campus 1 - 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Department of Oncology, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 02/06/2026
Revised: 24/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Background: Primary vaginal melanoma is a rare malignancy, accounting for only 0.3-0.8% of all melanomas and less than 3% of primary vaginal malignancies. Due to the rich vascular and lymphatic network of the vagina, the disease is highly aggressive, prone to early metastasis, and associated with an extremely poor prognosis, with a low 5-year survival rate ranging from 8.4-25%. Herein, we report two clinical cases of primary vaginal melanoma diagnosed and treated at Vietnam National Cancer Hospital, campus 1.

Case presentation: Case 1: a 52-year-old female patient presented with a 2 × 3 cm mass on the posterior vaginal wall. She underwent a laparoscopic radical hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, total vaginectomy, and bilateral pelvic lymphadenectomy. Immunohistochemistry results confirmed malignant melanoma with a Breslow depth of 4 mm, along with negative surgical margins and regional lymph nodes. Currently, the patient remains stable after 12 months of regular follow-up. Case 2: a 38-year-old female patient presented with a 38 × 39 mm tumor located in the middle third of the vagina. She underwent an open total hysterectomy, en bloc total vaginectomy, bilateral pelvic and inguinal lymphadenectomy, followed by pelvic reconstruction using a greater omental flap. Histopathological evaluation revealed a Breslow depth of approximately 30 mm and the presence of melanoma in situ at the vaginal margin. The patient is currently receiving adjuvant immunotherapy with Pembrolizumab (200 mg every 3 weeks) and is in her 15th cycle. At present, both patients are clinically stable with no evidence of local recurrence or distant metastasis.

Conclusion: Surgical resection of the primary tumor remains the cornerstone of treatment for primary vaginal melanoma. However, for high-risk cases, the integration of adjuvant immune checkpoint inhibitors plays a crucial role in controlling micrometastasis and improving disease-free survival.

Keywords: Vaginal cancer, vaginal melanoma, melanoma.

*Corresponding author
Email: bsduc.hmu@gmail.com **Phone**: (+84) 868534898 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6149

UNG THƯ HẮC TỐ ÂM ĐẠO NGUYÊN PHÁT: BÁO CÁO HAI CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Văn Hà[1,2], Nguyễn Văn Đức[1*], Hoàng Đức Thành[1], Trần Giang Châu[1], Hà Thành Kiên[1], Nguyễn Thị Hà[1], Đào Văn Tú[1]

[1]Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện K cơ sở 1 - 43 Quán Sứ, P. Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam
[2]Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 02/06/2026
Ngày sửa: 24/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Bối cảnh: Ung thư hắc tố (melanoma) âm đạo nguyên phát là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0,3-0,8% tổng số các trường hợp melanoma và dưới 3% các u ác tính tại âm đạo. Do đặc điểm giàu mạng lưới mạch máu và bạch huyết của vùng âm đạo, bệnh thường tiến triển xâm lấn nhanh, dễ di căn và có tiên lượng rất xấu với tỷ lệ sống thêm 5 năm thấp (dao động từ 8,4-25%).

Trình bày ca bệnh: Chúng tôi báo cáo hai ca lâm sàng được chẩn đoán melanoma nguyên phát ở âm đạo tại Bệnh viện K cơ sở 1. Ca lâm sàng 1: bệnh nhân nữ 52 tuổi, nhập viện với khối u thành sau âm đạo kích thước 2 × 3 cm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung triệt căn, cắt hai phần phụ, cắt toàn bộ âm đạo và nạo vét hạch chậu hai bên. Kết quả hóa mô miễn dịch xác nhận melanoma ác tính, độ sâu Breslow 4 mm, diện cắt và hạch vùng âm tính. Hiện tại, bệnh nhân ổn định sau 12 tháng theo dõi định kỳ. Ca lâm sàng 2: bệnh nhân nữ 38 tuổi, có khối u kích thước 38 × 39 mm ở 1/3 giữa âm đạo. Bệnh nhân được mổ mở cắt toàn bộ tử cung, toàn bộ âm đạo, nạo vét hạch chậu bẹn và tạo hình bằng vạt mạc nối lớn. Kết quả mô bệnh học ghi nhận độ sâu Breslow khoảng 30 mm, diện cắt âm đạo còn tế bào u tại chỗ. Bệnh nhân hiện đang điều trị bổ trợ bằng liệu pháp miễn dịch Pembrolizumab (200 mg mỗi 3 tuần) ở chu kỳ thứ 15. Hiện tại, cả 2 bệnh nhân đều ổn định về lâm sàng, chưa ghi nhận dấu hiệu tái phát tại chỗ hay di căn xa.

Kết luận: Phẫu thuật cắt rộng u nguyên phát là nền tảng trong điều trị melanoma âm đạo nguyên phát. Tuy nhiên, đối với các trường hợp nguy cơ cao, việc phối hợp liệu pháp ức chế chốt kiểm soát miễn dịch giúp kiểm soát vi di căn và cải thiện thời gian sống thêm không bệnh.

Từ khóa: Ung thư âm đạo, ung thư hắc tố âm đạo, melanoma.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hắc tố âm đạo nguyên phát (primary vaginal melanoma - PVM) là một bệnh lý ác tính phụ khoa hiếm gặp và có độ ác tính cao, khởi phát chủ yếu ở phụ nữ độ tuổi hậu mãn kinh. Cho đến nay, căn nguyên sinh bệnh học của PVM vẫn chưa được làm sáng tỏ, với độ tuổi chẩn đoán trung bình ghi nhận khoảng 57 tuổi [1-3]. Về mặt dịch tễ, PVM chỉ chiếm 3% trong tổng số các khối u hắc tố đường sinh dục nữ và chiếm một tỷ lệ rất khiêm tốn, xấp xỉ 0,3-0,8% toàn bộ các ca ung thư hắc tố ở nữ giới. Biểu hiện lâm sàng kinh điển nhất của PVM là xuất huyết âm đạo bất thường; bên cạnh đó, các triệu chứng cơ năng khác như tăng tiết dịch, sờ thấy khối u vùng âm đạo hoặc đau vùng chậu cũng là những yếu tố thúc đẩy người bệnh đến khám. Chẩn đoán xác định bệnh bắt buộc phải dựa vào đánh giá mô bệnh học kết hợp nhuộm hóa mô miễn dịch, với các dấu ấn đặc hiệu thường được ứng dụng như S-100, HMB-45 và Melan-A. Chiến lược điều trị PVM hiện nay đòi hỏi một cách tiếp cận đa mô thức, bao gồm sự phối hợp giữa phẫu thuật cắt bỏ, điều trị toàn thân (liệu pháp miễn dịch, hóa trị) và xạ trị, trong đó các phác đồ can thiệp được cá thể hóa dựa trên vị trí giải phẫu của khối u và mức độ lan rộng. Tuy nhiên, do đặc tính sinh học dễ di căn sớm và tỷ lệ tái phát cực kỳ cao, PVM mang tiên lượng xấu với tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ dao động trong khoảng 5-25%.

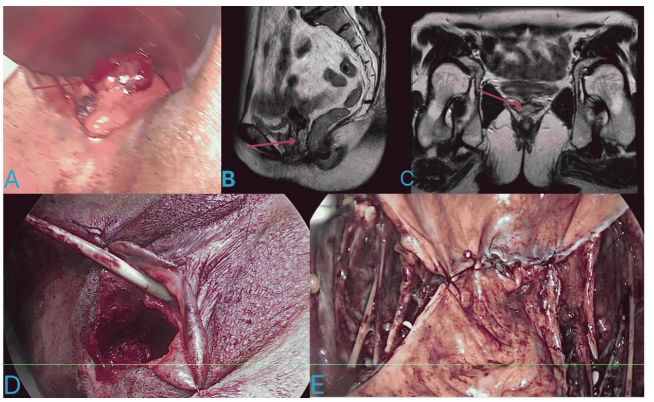
Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo hai trường hợp u hắc tố ác tính âm đạo nguyên phát, qua đó đi vào khảo sát biểu hiện lâm sàng, kiểu hình miễn dịch, chẩn đoán phân biệt và các phương thức điều trị với mục tiêu nâng cao sự hiểu biết về căn bệnh ác tính này, đóng góp những cơ sở thực tiễn vào quá trình chẩn đoán và định hướng điều trị bệnh lý này trên lâm sàng.

2. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nữ, 52 tuổi, nhập viện vì phát hiện khối u thành sau âm đạo kích thước 2 × 3 cm, màu đen, có các nhân vệ tinh 0,2 cm, còn di động với thành trực tràng. Không có di căn xa trên chẩn đoán hình ảnh (hình 1). Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung triệt căn, cắt phần phụ hai bên, cắt toàn bộ âm đạo diện cắt âm đạo cách u trên 2 cm và vét hạch chậu hai bên. Đánh giá mô bệnh học cho thấy u hắc tố ác tính với độ sâu Breslow 4 mm, xâm nhập lớp cơ nhưng chưa thâm nhiễm mạch máu hay thần kinh. Diện cắt âm đạo, diện cắt chu vi, parametrium không có tế bào ác tính, có 13 hạch chậu nạo vét đều cho kết quả viêm mạn tính, không di căn. Kết quả hóa mô miễn dịch khẳng định melanoma với khối u dương tính mạnh với S-100, Melan-A, HMB45 và CD56 (ổ), trong khi âm tính với P40, P63, CK7; xét nghiệm gen không có các gen đột biến đặc hiệu (HER2 amplification, đột biến gen NF1 tần số 11,1%, TP53 16,5%, FBXW7 16,5%). Do các giới hạn về điều kiện kinh tế, bệnh nhân được theo dõi định kỳ 2 tháng/lần và hiện tại chưa ghi nhận tái phát sau 12 tháng.

*Tác giả liên hệ
Email: bsduc.hmu@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 868534898 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6149



A. U hắc tố âm đạo 2 × 3 cm và nhân vệ tinh 0,2 cm.

B. MRI chậu T2W đứng dọc (khối u hắc tố khu trú tại thành sau âm đạo - mũi tên đỏ).

C. MRI chậu T2W đứng ngang.

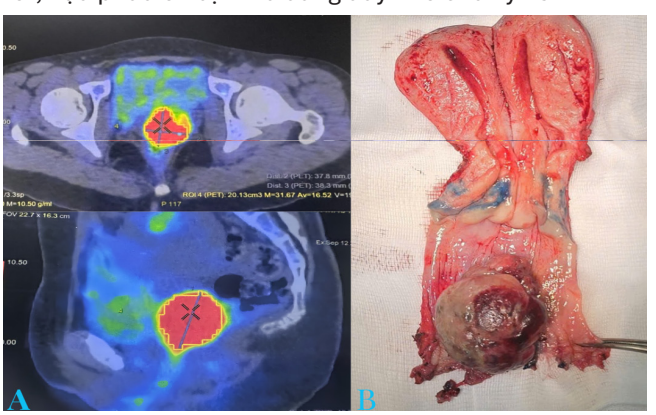
D. Phẫu trường sau cắt âm đạo toàn bộ.

E. Khung chậu sau cắt tử cung, âm đạo triệt căn và vét hạch, đã phúc mạc hóa.

Hình 1. Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật của ca lâm sàng 1

2.2. Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, phát hiện khối u 1/3 giữa âm đạo. Khám lâm sàng và hình ảnh học (CT, MRI, PET/CT) ghi nhận một khối tổn thương kích thước 38 × 39 mm (kích thước lớn nhất 36 × 38 × 44 mm trên MRI), ranh giới còn di động với thành trước trực tràng, mật độ cứng chắc, hấp thu mạnh FDG. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật mở cắt tử cung toàn bộ, cắt toàn bộ âm đạo, cắt một phần môi bé, kết hợp vét hạch chậu-bịt và hạch bẹn hai bên. Một vạt chữ J từ mạc nối lớn được tạo hình để lót đáy chậu và thành sau trực tràng. Mô bệnh học xác nhận u hắc tố ác tính, Breslow khoảng 30 mm. Toàn bộ 15 hạch nạo vét (hạch chậu, hạch bịt, hạch bẹn) đều là viêm mạn tính, không có u, diện cắt âm đạo còn tế bào u hắc tố tại chỗ (tiền xâm lấn) (hình 2). Hóa mô miễn dịch bộc lộ sự biểu hiện của S-100, HMB45, Melan-A, InI-1 và âm tính với CKAE1/AE3, P63, GATA3. Trước yếu tố tiên lượng có nguy cơ tái phát cao (Breslow khoảng 30 mm), bệnh nhân được chỉ định điều trị toàn thân bổ trợ bằng kháng thể đơn dòng kháng PD-1 (Pembrolizumab) liều 200 mg truyền tĩnh mạch mỗi 3 tuần. Bệnh nhân dung nạp thuốc tốt, hậu phẫu ổn định và đang duy trì ở chu kỳ 15.



A. PET/CT vùng chậu mặt phẳng cắt ngang (trên) và đứng dọc (dưới) cho thấy khối u âm đạo tăng hấp thu FDG mạnh.

B. Hình ảnh đại thể bệnh phẩm (tử cung, cổ tử cung, âm đạo) bộc lộ khối u sẫm màu tại thành âm đạo.

Hình 2. Hình ảnh PET/CT và đại thể bệnh phẩm của ca lâm sàng 2

3. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dịch tễ và sinh học bệnh học của u hắc tố niêm mạc âm đạo

U hắc tố ác tính nguyên phát ở âm đạo đại diện cho một trong những bệnh lý phụ khoa ác tính hiếm gặp và tiến triển nhanh nhất trong y văn, chỉ chiếm khoảng 0,3-0,8% tổng số các ca u hắc tố ở nữ giới [4]. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm trong cộng đồng cực kỳ thấp, dao động từ 0,026-0,46 ca trên 100.000 phụ nữ [5]. Khác với u hắc tố ở da thường liên quan chặt chẽ đến tác động của tia cực tím và có xu hướng gia tăng ở người trẻ tuổi, u hắc tố niêm mạc đường sinh dục nữ xuất hiện chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh với độ tuổi khởi phát trung bình là 57 tuổi [4], [6]. Nguồn gốc sinh bệnh học của PVM được cho là xuất phát từ sự chuyển vị bất thường của các tế bào hắc tố từ mào thần kinh trong quá trình phát triển phôi thai của biểu mô âm đạo [1]. Do lớp màng đệm của niêm mạc âm đạo sở hữu mạng lưới mạch máu và mạch bạch huyết vô cùng phong phú, các tế bào u hắc tố tại đây có khả năng xâm nhập sâu và di căn rất sớm [7]. Điều này lý giải vì sao thời điểm chẩn đoán PVM thường rất muộn, tỷ lệ tái phát tại chỗ cao và tiên lượng sống thêm 5 năm của bệnh nhân vô cùng hạn chế, dao động trong khoảng 5-25% [1], [4-5].

Trong 2 ca lâm sàng được báo cáo, sự khác biệt về tuổi khởi phát và biểu hiện đại thể phản ánh tính chất đa dạng của bệnh lý này. Ca lâm sàng 1 với độ tuổi tương đối điển hình (52 tuổi), khối u thành sau âm đạo kích thước 2 × 3 cm màu đen, khám lâm sàng còn di động so với trực tràng. Ngược lại, ca lâm sàng 2 xảy ra ở một bệnh nhân trẻ tuổi (38 tuổi) với khối u lớn kích thước 38 × 39 mm ở 1/3 giữa âm đạo, dạng lồi, khó nhận định về đại thể. Sự xuất hiện của u hắc tố niêm mạc âm đạo ở độ tuổi dưới 40 tương đối hiếm gặp, đòi hỏi các đánh giá sâu hơn, và phân biệt với các tổn thương ác tính khác ở âm đạo như biểu mô kém biệt hóa, sarcoma dạng biểu mô, u thần kinh nội tiết...

3.2. Chẩn đoán lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh - hóa mô miễn dịch của PVM âm đạo

Chẩn đoán PVM trên lâm sàng rất khó khăn do các triệu chứng cơ năng thường không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý phụ khoa lành tính hoặc ung thư biểu mô âm đạo thông thường. Các biểu hiện phổ biến bao gồm xuất huyết âm đạo bất thường (39-80%), khối u âm đạo (15-55%) có hoặc không tăng sắc tố, tăng tiết dịch âm đạo (25%), và đau vùng chậu (10%) khi u xâm lấn rộng tại chỗ [5]. Về hình ảnh học, MRI vùng chậu là để đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ, độ dày khối u cũng như mối quan hệ với các cơ quan lân cận (bàng quang, trực tràng); trong khi PET/CT hoặc CT ngực, bụng, chậu được khuyến cáo để tầm soát di căn hạch vùng và di căn xa (phổi, gan, xương) trước khi quyết định can thiệp. Về mặt giải phẫu bệnh, tế bào u hắc tố niêm mạc thể hiện tính đa dạng hình thái rất cao (tế bào dạng biểu mô, hình thoi hoặc tế bào nhỏ kém biệt hóa), do đó nhuộm hóa mô miễn dịch là tiêu chuẩn vàng bắt buộc để thiết lập chẩn đoán xác định dựa trên các nhóm dấu ấn cốt lõi và chẩn đoán phân biệt dấu ấn hóa mô miễn dịch đặc trưng của melanoma: khối u biểu hiện hằng định và dương tính mạnh với các dấu ấn dòng hắc tố đặc hiệu bao gồm S-100, Melan-A và HMB45 [4]. Chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô thần kinh nội tiết hoặc tế bào vảy kém biệt hóa, sarcom dạng biểu mô hay ung thư biểu mô đường niệu xâm lấn...

Với 2 trường hợp lâm sàng của chúng tôi, cả 2 đều dương tính S-100, Melan-A và HMB45, ngoài ra ca thứ nhất có dương tính với CD56 (ổ) - một dấu ấn thần kinh nội tiết, dễ gây chẩn đoán sai lệch trên các mẫu sinh thiết nhỏ. Việc phối hợp các marker khác cho thấy khối u âm tính hoàn toàn với các marker biểu mô vảy và tuyến như CK7, P40, P63 giúp loại trừ. Với trường hợp thứ hai, dương tính InI-1

(dấu ấn sarcom dạng biểu mô vùng tiệm cận), kết hợp với sự âm tính của CKAE1/AE3 và GATA3 giúp loại trừ [8].

Hiện tại, việc lựa chọn hệ thống phân loại giai đoạn tối ưu cho u hắc tố âm đạo vẫn còn nhiều tranh luận do tính chất lai của bệnh lý này (vừa là ung thư phụ khoa vừa là u hắc tố). Hệ thống FIGO (2009) dành cho ung thư âm đạo chủ yếu dựa trên ranh giới giải phẫu của sự xâm lấn tại chỗ, nhưng lại hoàn toàn bỏ qua 2 chỉ số sinh học có giá trị tiên lượng mạnh mẽ nhất của u hắc tố là độ dày Breslow và tình trạng loét của u. Do đó, hệ thống AJCC phiên bản thứ 8 dành cho u hắc tố thường được các nhà lâm sàng ưu tiên áp dụng nhờ khả năng phân tách tiên lượng sống sót theo giai đoạn có ý nghĩa thống kê rõ rệt hơn. Đối với 2 trường hợp lâm sàng của chúng tôi, trường hợp thứ nhất là giai đoạn T3N0M0 và trường hợp thứ 2 là T4aN0M0 theo AJCC (2018) [9].

3.3. Chiến lược điều trị đa mô thức

Can thiệp ngoại khoa

Phẫu thuật cắt bỏ u nguyên phát là phương pháp can thiệp cốt lõi và mang tính quyết định nhất đối với u hắc tố âm đạo ở giai đoạn khu trú [2]. Các phân tích hồi cứu cho thấy việc thực hiện các phẫu thuật triệt căn rộng (cắt đa tạng chậu) không đem lại lợi ích sống còn toàn bộ nào vượt trội so với phẫu thuật cắt rộng bảo tồn, nhưng lại gây ra tỷ lệ biến chứng hậu phẫu nặng nề cho bệnh nhân [10]. Mục tiêu ngoại khoa tối ưu là đạt được diện cắt sạch hoàn toàn về mặt vi thể (R0), lý tưởng nhất là diện cắt chu vi trên 1 mm và diện cắt niêm mạc âm đạo tối thiểu là 1-2 cm. Đối với 2 trường hợp lâm sàng của chúng tôi, trường hợp 1 đạt diện cắt âm đạo trên 2 cm và trường hợp 2 với diện cắt âm đạo còn ung thư hắc tố tại chỗ mặc dù đã cắt toàn bộ âm đạo và một phần môi bé. Một phân tích của Straubhar A.M và cộng sự trên 50 bệnh nhân ung thư hắc tố âm đạo-âm hộ, cho thấy tỷ lệ diện cắt tiền xâm lấn là 46%, trong đó có 3/5 bệnh nhân ung thư âm đạo có diện cắt tiền xâm lấn, và 1/5 bệnh nhân diện cắt dương tính, cho thấy khó khăn trong việc đạt được diện cắt âm tính trong ung thư hắc tố âm đạo [11]. Dẫn lưu bạch huyết âm đạo tùy theo vị trí: 2/3 trên âm đạo dẫn lưu bạch huyết về hạch chậu bịt và 1/3 dưới dẫn lưu về bẹn nông và hạch quanh trực tràng. Đây là cơ sở để đánh giá hạch trong ung thư âm đạo, mặc dù không có hạch bạch huyết phì đại trên phim chụp CT hoặc PET, việc phân giai đoạn hạch bằng phẫu thuật vẫn được thực hiện ở cả 2 bệnh nhân, với trường hợp 1: được vét hạch chậu bịt hai bên do u ở vị trí thành sau 1/3 trên âm đạo và trường hợp còn lại được vét hạch chậu kết hợp hạch bẹn hai bên do u ở vị trí 1/3 giữa và xâm lấn 1/3 dưới âm đạo. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cả 2 trường hợp đều là hạch viêm mạn tính. Về can thiệp tiếp cận phẫu thuật nội soi hay mổ mở: vì là bệnh lý hiếm gặp nên chưa có nghiên cứu đánh giá đường tiếp cận phẫu thuật ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật trong ung thư hắc tố âm đạo, báo cáo của Lê Trí Trinh và cộng sự (2023) có 4 bệnh nhân ung thư hắc tố âm đạo được phẫu thuật nội soi cắt tử cung và âm đạo toàn bộ thành công, tuy nhiên chưa có báo cáo về sống thêm [12].

Điều trị toàn thân

Do đặc tính sinh học có xu hướng di căn sớm và tiên lượng xấu, điều trị toàn thân đóng vai trò sống còn trong việc kiểm soát bệnh và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân PVM. Trong những năm gần đây, sự ra đời của các chất ức chế chốt kiểm soát miễn dịch (ICIs) đã thay đổi căn bản cục diện điều trị, giúp cải thiện đáng kể thời gian sống thêm không bệnh đối với cả u hắc tố ở da và niêm mạc; điều này đã được chứng minh rõ ràng qua các thử nghiệm lâm sàng bản lề như KEYNOTE-054, CheckMate-238 và CheckMate-067 với các phác đồ Pembrolizumab, Nivolumab hay kết hợp Nivolumab/Ipilimumab [2-3]. Trong ca lâm sàng thứ hai, việc sử dụng Pembrolizumab (kháng PD-1) bổ trợ là hoàn toàn phù hợp với các hướng dẫn thực hành hiện hành, đặc biệt đối với nhóm nguy cơ tái phát cực cao như trường hợp này (độ dày Breslow tới khoảng 30 mm và diện cắt còn tế bào u tại chỗ), đồng thời bảo đảm tính khả thi trong bối cảnh thực tế tại Việt Nam. Mặc dù vậy, một số dữ liệu lâm sàng cho thấy tỷ lệ đáp ứng với liệu pháp miễn dịch đơn trị của u hắc tố âm đạo (thuộc nhóm u hắc tố niêm mạc) thường thấp hơn so với u hắc tố ở da. Gần đây là một thử nghiệm pha III ngẫu nhiên mới đây trên bệnh nhân u hắc tố niêm mạc, đánh giá việc kết hợp hóa chất Temozolomide và Cisplatin (TMZ/DDP) với kháng thể kháng PD-1 (Toripalimab). Kết quả nghiên cứu đã mang lại những tín hiệu đầy khả quan khi cải thiện đáng kể thời gian sống thêm không tái phát, kéo dài thời gian sống thêm không bệnh và tối ưu hóa thời gian sống thêm toàn bộ. Song song với các tiến bộ về miễn dịch và hóa trị, việc thực hiện giải trình tự gen thế hệ mới cũng đóng vai trò đặc biệt quan trọng nhằm xác định các đột biến đích tiềm năng như KIT hoặc BRAF, từ đó mở ra cơ hội tiếp cận liệu pháp nhắm trúng đích và tối ưu hóa chiến lược điều trị cá thể hóa cho nhóm bệnh nhân này [3].

4. KẾT LUẬN

PVM là một bệnh lý hiếm gặp và một thách thức trong thực hành ung thư phụ khoa. Báo cáo 2 ca lâm sàng của chúng tôi minh chứng rằng: chẩn đoán xác định dựa trên hóa mô miễn dịch, phân tầng nguy cơ chuẩn xác theo AJCC và một chiến lược quản lý đa mô thức, bao gồm phẫu thuật triệt căn cùng điều trị bổ trợ toàn thân giúp kiểm soát bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Dobrică E.C, Vâjâitu C, Condrat C.E et al. Vulvar and vaginal melanomas - the darker shades of gynecological cancers. Biomedicines, 2021, 9 (7): 758. doi: 10.3390/biomedicines9070758

[2] Wang D, Xu T, Zhu H, Dong J, Fu L. Primary malignant melanomas of the female lower genital tract: clinicopathological characteristics and management. Am J Cancer Res, 2020, 10 (12): 4017-4037.

[3] Mao M, Wang C, Yang W, Zuo Z, Liu B. Prognostic factors and treatment outcomes in female genital tract melanoma: a 10-year retrospective cohort study. World J Surg Oncol, 2026, 24 (1): 154. doi: 10.1186/s12957-026-04254-1

[4] Lu C, Fan D, Xiong Y, et al. Advances in the diagnosis and treatment of primary malignant melanoma of the vagina- a case presentation and systematic review. BMC Womens Health, 2025, 25: 444. doi: 10.1186/s12905-025-03980-0

[5] Kühn F, Dieterich M, Klar E, Gerber B, Prinz C. Primary malignant vaginal melanoma - Case report and review of the literature. Geburtshilfe Frauenheilkd, 2012, 72 (8): 740-743. doi: 10.1055/s-0032-1315006

[6] Christmas D, Pappa C, Howell C et al. Comparative insights into cutaneous, mucosal, and vulvovaginal melanomas: biology, targeted therapies, and survival with a focus on immune checkpoint inhibitors. J Pers Med, 2025, 15 (11): 551. doi: 10.3390/jpm15110551

[7] Kaštelan S, Mrazovac Zimak D, Ivić L, Gverović An-

tunica A, Nikuševa-Martić T. Conjunctival melanoma: comprehensive insights into clinical features, genetic alterations, and modern treatment approaches. Pathol Oncol Res, 2025, 31: 1612085. doi: 10.3389/pore.2025.1612085

[8] Kamboj M, Chadha P, Sharma A et al. SMARCB1 (INI-1) deficient vulvar neoplasms: report of 4 cases with review of literature. Diagn Pathol, 2025, 20: 132. doi: 10.1186/s13000-025-01731-1

[9] Keung E.Z, Gershenwald J.E. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care. Expert Rev Anticancer Ther, 2018, 18 (8): 775-784. doi: 10.1080/14737140.2018.1489246

[10] Leitao M.M. Management of vulvar and vaginal melanomas: current and future strategies. Am Soc Clin Oncol Educ Book, 2014, (34): e277-e281. doi: 10.14694/EdBook_AM.2014.34.e277

[11] Straubhar A.M, Chan M.P, Uppal S. Margin status in vulvovaginal melanoma: management and oncologic outcomes of 50 cases. Gynecol Oncol Rep, 2023, 49: 101268. doi: 10.1016/j.gore.2023.101268

[12] Lê Trí Trinh và cộng sự. Kết quả điều trị ung thư âm đạo bằng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ âm đạo và vét hạch tại Bệnh viện K. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2021, số 2.