

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **BỘ Y TẾ.** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Ung Bướu.; 2020:164-173.
3. **Jin Y, Cai XY, Shi YX, et al.** Comparison of five cisplatin-based regimens frequently used as the first-line protocols in metastatic nasopharyngeal carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2012; 138(10): 1717-1725. doi:10.1007/s00432-012-1219-x
4. **Ngan RKC, Yiu HHY, Lau WH, et al.** Combination gemcitabine and cisplatin chemotherapy for metastatic or recurrent nasopharyngeal carcinoma: report of a phase II study. *Ann Oncol.* 2002;13(8):1252-1258. doi:10.1093/annonc/mdf200
5. **Hsieh JCH, Hsu CL, Ng SH, et al.** Gemcitabine plus cisplatin for patients with recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma in Taiwan: a multicenter prospective Phase II trial. *Jpn J Clin Oncol.* 2015;45(9): 819-827. doi:10.1093/jjco/hyv083
6. **Zhang L, Huang Y, Hong S, et al.** Gemcitabine plus cisplatin versus fluorouracil plus cisplatin in recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Lond Engl.* 2016; 388(10054): 1883-1892. doi:10.1016/S0140-6736(16)31388-5
7. **Nguyễn TPA, Đỗ HK.** KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VỌM MŨI HONG GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHÁC ĐỘ GEMCITABINE – CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;507(2). doi:10.51298/vmj.v507i2.1435

MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH: KHÁC BIỆT GIỮA MỘT BÊN VÀ HAI BÊN

Đỗ Khắc Hậu¹, Lê Ngọc Vũ³,
Phạm Ngọc Hào², Nguyễn Thành Bắc²

Từ khoá: Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, phẫu thuật khoan sọ một lỗ.

SUMMARY

CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA: DIFFERENCES BETWEEN UNILATERAL AND BILATERAL

Objectives: Clarify the difference between unilateral and bilateral chronic subdural hematomas related to historical factors, epidemiology, clinical manifestations, and imaging diagnosis. **Methods and results:** We conducted research on all patients with chronic subdural hematoma operated on at Military Hospital 103 and Central Military Hospital 108 during January 2022- January 2024. Among 146 patients, 47 cases (32.2%) had bilateral hematoma. Symptoms of hemiplegia and cognitive disorders in the unilateral hematoma group were 71.7% and 13.1%, significantly higher than the bilateral hematoma group at 53.2% and 2.1% ($p = 0.039$ and $p = 0.037$). On CT scan: Hematoma thickness and midline pressure in the unilateral group were higher than in the bilateral group ($p = 0.001$ and $p = 0.000$). In the unilateral chronic DMC hematoma group, the lesions mainly had reduced density (41.4%), while in the bilateral chronic DMC hematoma group, the lesions were mainly mixed density. **Conclusion:** Clinically, there are no differences in characteristics of age, sex, or underlying pathology between the one- and two-hemisphere damage groups; However, the unilateral hematoma group often shows signs of hemiplegia and cognitive disorders. Lesion characteristics on computed tomography (thickness, midline displacement, density) were different between these two groups.

Keywords: Chronic subdural hematoma, single-hole craniotomy.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: làm rõ sự khác biệt giữa máu tụ dưới màng cứng mạn tính một bên và hai bên liên quan đến các yếu tố tiền sử, dịch tể, biểu hiện trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tất cả các bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 103 và bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian 1/2022-1/2024. **Kết quả:** Trong 146 bệnh nhân, 47 trường hợp (32,2%) có máu tụ hai bên bán cầu. Triệu chứng liệt nửa người và rối loạn nhân thức ở nhóm máu tụ một bên là 71,7% và 13,1%, cao hơn đáng kể so với nhóm máu tụ hai bên là 53,2% và 2,1% ($p=0,039$ và $p=0,037$). Trên phim chụp CLVT: Độ dày máu tụ và đè đẩy đường giữa ở nhóm một bên cao hơn ở nhóm hai bên ($p = 0,001$ và $p = 0,000$). Ở nhóm máu tụ DMC mạn tính một bên, chủ yếu gặp tổn thương giảm tỷ trọng (41,4%) trong khi ở nhóm máu tụ DMC mạn tính hai bên tổn thương chủ yếu là hỗn hợp tỷ trọng. **Kết luận:** Về lâm sàng, không có sự khác biệt về đặc điểm tuổi, giới, bệnh lý nền giữa nhóm tổn thương một và hai bán cầu; tuy vậy nhóm tụ máu một bên thường có biểu hiện liệt nửa người và rối loạn nhân thức hơn. Đặc điểm tổn thương trên cắt lớp vi tính (độ dày, di lệch đường giữa, tỷ trọng) có sự khác biệt giữa hai nhóm này.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 103

³Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Khắc Hậu

Email: bacnt103@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng (MTDMC) mạn tính là tình trạng tụ máu và dịch có vỏ bọc nằm ở khoang dưới màng cứng, đây là một bệnh lý thần kinh phổ biến, đa số cho rằng MTDMC mạn tính là kết quả của máu tụ DMC cấp tính hoặc bán cấp tạo nên và tồn tại trên 2 tuần [1]. Khác với thể cấp tính hoặc bán cấp, bệnh cảnh lâm sàng của MTDMC mạn tính thường không đặc hiệu, phần lớn có nguyên nhân chấn thương nhẹ, nhiều khi bệnh nhân không chú ý hoặc không xác định rõ. Chụp cắt lớp vi tính vẫn là phương tiện chẩn đoán đầu tay của bệnh. Cho đến nay, phẫu thuật dẫn lưu máu tụ vẫn là phương pháp điều trị cơ bản MTDMC mạn tính, với kết quả rất khả quan. Hiện nay, tỷ lệ bệnh nhân máu tụ DMC mạn tính được phát hiện ngày càng nhiều do sự phát triển của đời sống và sự phổ biến của cắt lớp vi tính (CLVT). Sự khác biệt về vị trí tổn thương (một bên và hai bên) cho thấy những khác biệt trên biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng. Tuy nhiên, sự khác biệt về mặt lâm sàng giữa MTDMC mạn tính một bên và hai bên vẫn chưa rõ ràng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm so sánh và đánh giá các yếu tố dịch tễ, lâm sàng, CLVT, tìm ra sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính một bên và hai bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân MTDMC mạn tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định MTDMC mạn tính dựa trên lâm sàng và CLVT được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2024.

Bảng 1. Đặc điểm chung theo vị trí tổn thương

Kết quả	Chung (n=146)	Một bên (n=99)	Hai bên (n=47)	P
Tuổi	67,5 ± 11,5	67,0 ± 12,4	68,6 ± 9,5	0,440
Giới (n%)				0,666
Nam	121 (82,9%)	84 (84,8%)	37 (78,7%)	
Nữ	25 (17,1%)	15 (15,2%)	10 (21,3%)	
Tiền sử bệnh (n%)				
THA*	56 (38,4%)	37 (37,4%)	19 (40,4%)	0,856
ĐTĐ**	22 (15,1%)	14 (14,1%)	8 (17,0%)	0,650
ĐQN***	4 (2,7%)	3 (3,0%)	1 (2,1%)	1,000
Dùng chống đông	8 (5,5%)	7 (7,1%)	1 (2,1%)	0,437
Chấn thương sọ não	101 (69,2%)	68 (68,7%)	33 (70,2%)	1,000
Triệu chứng (n%)				

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

- Bệnh nhân MTDMC mạn tính không được phẫu thuật.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

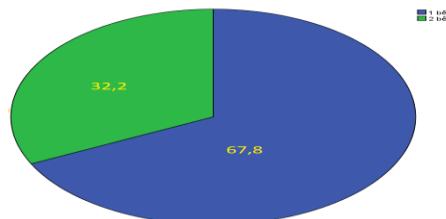
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, không đối chứng, có so sánh giữa các nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) được thu thập qua thăm khám lâm sàng, kết hợp khai thác hồ sơ bệnh án.

2.2.2. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cho từng nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo phân bố tổn thương (một bên bán cầu và hai bên). So sánh χ^2 , %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2022 – 1/2024, có tổng số 146 bệnh nhân MTDMC mạn tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108, qua phân tích số liệu, chúng tôi thu được kết quả như sau: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 67,5 ± 11,5; tỷ lệ nam giới là 82,9%. Có 67,8% số trường hợp có tụ máu một bên bán cầu, trong đó tổn thương bên trái là thường gặp nhất, chiếm 40,4%.



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí tổn thương

Đau đầu	132 (90,4%)	88 (88,9%)	44 (93,6%)	0,549
Buồn nôn/nôn	30 (20,5%)	16 (16,2%)	14 (29,8%)	0,079
Chóng mặt	30 (20,5%)	17 (17,2%)	13 (27,7%)	0,188
Liệt nửa người	96 (65,8%)	71 (71,7%)	25 (53,2%)	0,039
Giãn đồng tử	3 (2,1%)	1 (1,0%)	2 (4,3%)	0,243
Rối loạn nhận thức	14 (9,6%)	13 (13,1%)	1 (2,1%)	0,037
Rối loạn cơ tròn	3 (2,1%)	3 (3,0%)	0 (0,0%)	0,551

*Tăng huyết áp, **Đái tháo đường, ***Đột quỵ não cũ

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm tuổi, giới và tiền sử bệnh giữa các nhóm bệnh nhân theo vị trí tổn thương. Nhóm có tụ máu một bên có tỷ lệ liệt nửa người và rối loạn nhận thức cao hơn đáng kể so với nhóm có tụ máu hai bên bán cầu.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương trên cắt lớp vi tính

Kết quả	Chung (n=146)	Một bên (n=99)	Hai bên (n=47)	P
Độ dày máu tụ (mm)	20,50 ± 5,66	21,6 ± 5,7	18,2 ± 4,9	0,001
Đè đẩy đường giữa (mm)	8,10 ± 5,78	10,1 ± 5,2	3,9 ± 4,6	0,000
Tỷ trọng máu tụ (n%)				
Tăng	30 (20,5%)	16 (16,2%)	14 (29,8%)	0,079
Giảm	49 (33,6%)	41 (41,4%)	8 (17,0%)	0,005
Hôn hợp	37 (25,3%)	19 (19,2%)	18 (38,3%)	0,016
Đồng tỷ trọng	30 (20,5%)	23 (23,2%)	7 (14,9%)	0,280

Nhận xét: Hai nhóm bệnh nhân có sự khác biệt rõ rệt về các đặc điểm độ dày khối máu tụ, mức độ đè đẩy đường giữa và tỷ trọng tổn thương trên phim cắt lớp vi tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Dịch tễ. MTDMC mạn tính là bệnh lý thường xuất hiện ở người già, độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 67,5 ± 11,5; kết quả này tương đương với các kết quả của Lê Xuân Dương là 67,5 ± 15,46 [2]; trong khi đó tuổi trung bình của bệnh nhân theo Nguyễn Xuân Phương là 62,5 tuổi [3]. So với các nghiên cứu trên thế giới: theo Geo S. K. độ tuổi trung bình là 67,78 ± 12,03 [4], theo Jeong S. II độ tuổi trung bình là 69,37 ± 12,27 [5]. Các nghiên cứu cho thấy nguyên nhân MTDMC mạn tính thường gặp ở người già là do tình trạng teo não làm rộng khoảng trống dưới màng cứng và làm căng các tĩnh mạch cầu, chính những yếu tố có trước này tạo thuận lợi cho vết rách của màng nhện và gây chảy máu rỉ rả vào khoảng trống dưới màng cứng sau một chấn thương nhẹ vùng đầu. Những người lớn tuổi hay kèm theo xơ vữa động mạch, cao huyết áp nên các mạch máu dễ bị thương tổn và khả năng tự cầm máu cũng khó khăn hơn ở người trẻ.

Bên cạnh đó, nhìn chung, tất cả các tác giả đều nhận thấy rằng MTDMC mạn tính gặp nhiều hơn ở nam giới, điều này phù hợp với thực tế rằng nam giới có nguy cơ gặp chấn thương nhiều hơn, và estrogen ở phụ nữ có thể tham gia hiệu quả vào việc bảo vệ lớp nội mạc mạch máu. Nghiên cứu của chúng tôi thống kê trên 146 bệnh nhân, nam giới chiếm 82,9%, tương đương

với kết quả của các tác giả trong nước như Lê Xuân Dương [2], Nguyễn Xuân Phương [3]. Theo Ge R và cs, độ tuổi trung bình của nữ giới cao hơn đáng kể so với nam giới ở bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính và giới tính nữ là một trong những yếu tố nguy cơ tử vong trên nhóm bệnh nhân này [6].

Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân có tụ máu một bên bán cầu, chỉ 32,2% có tụ máu ở cả hai bên bán cầu. Theo Hsieh C. T. và cs, tỷ lệ tụ máu hai bên bán cầu là 30,7% [7]. Chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về tuổi, giới và tiền sử bệnh lý giữa nhóm tụ máu một bên và hai bên bán cầu. Các báo cáo trước đây cho thấy bệnh nhân tụ máu mạn tính cả hai bên bán cầu lớn tuổi hơn và trong khi bệnh nhân tụ máu một bên bán cầu thường có tiền sử lạm dụng rượu hơn [7].

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Đau đầu là triệu chứng hay gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh nhân, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm (Bảng 1). Trong nghiên cứu, liệt nửa người là triệu chứng phổ biến thứ hai sau đau đầu, qua phân tích, chúng tôi nhận thấy nhóm tụ máu một bên bán cầu có tỷ lệ liệt nửa người cao hơn đáng kể so với nhóm tụ máu hai bán cầu (71,7% so với 53,2%, p = 0,039). Rối loạn nhận thức cũng là dấu hiệu thường gặp hơn ở nhóm tụ máu một bên bán cầu (p = 0,037). Nhóm tụ máu hai bán cầu có xu hướng biểu hiện buồn nôn, nôn hơn nhóm tổn thương tại một bán cầu (p = 0,079). Hsieh C. T. và cs cũng ghi nhận thấy nhóm có tổn thương tại cả hai bán cầu thường biểu hiện buồn nôn, nôn hơn [7]. Trong

một nghiên cứu khác của Park H. S. và cs, triệu chứng lâm sàng, bệnh lý nền cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm này [8].

4.3. Đặc điểm trên cắt lớp vi tính. Cắt lớp vi tính hiện vẫn là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được áp dụng phổ biến nhất trong các bệnh lý, tổn thương sọ não nói chung, MTDMC mạn tính nói riêng. Bảng 2 cho thấy nhóm tổn thương một bên bán cầu có độ dày khối máu tụ cũng như mức độ đè đẩy đường giữa lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm có tổn thương tại cả hai bán cầu với giá trị p lần lượt là 0,001 và 0,000. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận kết quả tương tự về mức độ đè đẩy đường giữa giữa hai nhóm bệnh nhân [8]. Sự khác biệt này có thể giải thích do lâm sàng của MTDMC mạn tính là các biểu hiện của tăng áp lực nội sọ, để gây tăng áp lực nội sọ thì nhóm tổn thương một bên phải có lượng máu tụ lớn hơn so với nhóm tổn thương cả hai bên. Đe đẩy đường giữa là biểu hiện của "hiệu ứng tràn chỗ" của khối máu tụ không đối xứng giữa hai bên bán cầu. Khi chỉ có tổn thương ở cả hai bên, "hiệu ứng tràn chỗ" do khối máu tụ tại hai bán cầu gây ra đồng thời tác động theo hướng ngược nhau và có xu hướng bù trừ nhau, do đó, đường giữa ít bị đè đẩy hơn. Hiện tượng này không xảy ra trên MTDMC chỉ có ở một bán cầu: một bên có khối máu tụ và một là tổ chức não lành.

Về đặc điểm tỷ trọng của tổn thương, nhóm máu tụ một bên thường gặp nhất là giảm tỷ trọng (chiếm 41,4%), cao hơn trên 2 lần so với nhóm máu tụ hai bên với $p = 0,005$. Trong khi đó, ở nhóm tổn thương hai bên, tổn thương tỷ trọng hỗn hợp là hay gặp nhất (38,3%), cao hơn 2 lần so với nhóm tổn thương một bên bán cầu với $p = 0,016$. Hiện tượng này liên quan tới đặc điểm diễn biến của ổ máu tụ theo thời gian, bệnh được xác định là mạn tính khi thời gian bệnh kéo dài trên 15 ngày; tại thời điểm này, ổ máu tụ đã bắt đầu thoái giáng một phần hoặc toàn bộ, vì vậy đặc điểm tỷ trọng tổn thương trên cắt lớp vi tính của MTDMC mạn tính khá đa dạng nhưng giảm tỷ trọng và tỷ trọng hỗn hợp là thường gặp nhất. Ngoài ra, việc có tổn thương tại cả 2 bên bán cầu có thể dẫn đến tăng áp lực nội sọ nhanh hơn và các triệu chứng lâm sàng biểu hiện sớm hơn, do đó người bệnh đi khám sớm hơn và phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm hơn, nên nhóm có tổn thương tại cả hai bán cầu có xu hướng được phát hiện bệnh sớm hơn, với tỷ lệ tổn thương tăng tỷ trọng và tỷ trọng hỗn hợp cao hơn, so với nhóm chỉ có tổn thương tại

một bên. Theo nghiên cứu của Mori K. và Maeda M., trên 500 bệnh nhân MTDMC mạn tính, tổn thương giảm tỷ trọng là hay gặp nhất (33,8%), tỷ lệ tổn thương tỷ trọng hỗn hợp là thấp nhất với 19,0% [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 146 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính được phẫu thuật rút ra kết luận như sau: Không có sự khác biệt về đặc điểm tuổi, giới, bệnh lý nền giữa nhóm tổn thương một và hai bên bán cầu; nhóm máu tụ một bên thường có biểu hiện liệt nửa người và rối loạn nhân thức nhiều hơn nhóm máu tụ hai bên. Trên CLVT, máu tụ một bên thường có độ dày lớn hơn và đè đẩy đường giữa nhiều hơn, máu tụ một bên hay gặp giảm tỷ trọng (41,4%), trong khi máu tụ hai bên hay gặp hỗn hợp tỷ trọng nhiều hơn (38,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bùi Quang Tuyển.** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính. Chấn thương sọ não. Nhà xuất bản Y học; 2014: 113-158.
- Lê Xuân Dương, Nguyễn Khắc Hiếu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính. Tạp chí Y dược lâm sàng 108 2022, 17(4):105-111.
- Nguyễn Xuân Phương, Trần Mạch Cường.** Đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan sọ một lỗ-bơm rửa dẫn lưu kín tại bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y học Việt Nam 2023 2023, 531(1B):51-54.
- Kidangan GS, Thavara BD, Rajagopalawarrier B.** Bedside percutaneous twist drill craniostomy of chronic subdural hematoma—A single-center study. Journal of Neurosciences in Rural Practice 2020, 11(01):084-088.
- Jeong SI, Kim SO, Won YS, et al.** Clinical analysis of risk factors for recurrence in patients with chronic subdural hematoma undergoing burr hole trephination. Korean Journal of Neurotrauma 2014, 10(1):15.
- Ge R, Shen J.** Gender-Specific Differences in Chronic Subdural Hematoma. J Craniofac Surg 2023, 34(2):e124-e128.
- Hsieh CT, Su IC, Hsu SK, et al.** Chronic subdural hematoma: Differences between unilateral and bilateral occurrence. J Clin Neurosci 2016, 34:252-258.
- Park HS, Park ES, Park JB, et al.** Chronic Subdural Hematomas: Comparison between Unilateral and Bilateral Involvement. Korean J Neurotrauma 2014, 10(2):55-59.
- Mori K, Maeda M.** Surgical treatment of chronic subdural hematoma in 500 consecutive cases: clinical characteristics, surgical outcome, complications, and recurrence rate. Neurol Med Chir (Tokyo) 2001, 41(8):371-381.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA BIỂU HIỆN Ở VÚ

Lại Thị Thanh Hà¹, Nguyễn Thị Thu Hương^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL) biểu hiện ở vú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 33 người bệnh DLBCL biểu hiện ở vú điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 52; nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-60 (51,5%). 100% người bệnh là nữ. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 2,72 tháng, phần lớn 1-3 tháng (69,7%). Triệu chứng thường gặp nhất là u vú không đau chiếm 78,8%, ngoài ra 9,1% sờ thấy hạch nách to, 12,2% sưng đau vú; 24,2% có triệu chứng B. 48,5% u biểu hiện vú phải, 30,3% biểu hiện vú trái và 21,2% ở cả hai vú với 21,2% u bulky. 27,2% có thiếu máu, 100% không có biểu hiện xâm lấn tủy. 45,5% tăng B2-M, 15,2% có LDH tăng. Siêu âm: 90,9% có giảm âm, 60,6% biểu hiện một khối, 97% bờ không đều; X-quang tuyến vú: tăng đậm độ 94,7%. 100% được chẩn đoán bằng mô bệnh học (81,8% sinh thiết trước mổ và 18,2% bệnh phẩm sau mổ): 90,9% tip không tâm mầm và 69,7% có chỉ số Ki67 cao >70%. Chỉ số tiên lượng NCCN-IPI: 39,4% nguy cơ thấp và 54,5% nguy cơ trung bình - thấp. **Kết luận:** DLBCL biểu hiện ở vú thường gặp ở nữ trong độ tuổi 41-60, với thời gian phát hiện bệnh < 3 tháng và triệu chứng thường gặp là khối u vú không đau. U có thể ở nhiều vị trí với hình ảnh giảm âm trên siêu âm, tăng đậm độ trên chụp X-quang tuyến. Mô bệnh học phần lớn thuộc tip không tâm mầm với chỉ số Ki67 cao. Phần lớn thuộc nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ trung bình - thấp theo NCCN-IPI.

Từ khóa: U lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa biểu hiện tại vú, u lympho không Hodgkin, vú.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA OF BREAST

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with diffuse large B-cell lymphoma of breast (DLBCL). **Subjects and methods:** A descriptive study of 33 patients with breast DLBCL were treated at National Cancer Hospital from January 2019 to June 2024. **Results:** The average age of patients was 52 that commonly ranged from 41 to 60 (51,5%). 100% of the patients

were female. The time of disease detection often was less than 3 months. The most common symptom was palpable painless breast mass (78,8%), additionally 9,1% had palpable axillary lymph nodes and 12,2% had pain or swelling breast; 24,2% had B symptoms. 48,5% had tumor in the right breast, 30,3% in the left breast and 21,2% in both breasts, with 21,2% bulky tumors. 27,2% of patients were anemia 100% of patients had no evidence of bone marrow invasion. B2-M increasing was found in 45,5%, and 15,2% had LDH increasing. Breast ultrasound: 90,9% showed hypoechogenicity, 60,6% had single mass, 97% had irregular borders. Mammography: 94,7% had increased breast density. 100% were diagnosed by hispathology (81,8% breast biopsy and 18,2% postoperative specimen): 90,9% were non-germinal center type and 69,7% had a high Ki67 index (>70%). NCCN-IPI was in the majority low and intermediate - low risk group, respectively 39,4% and 54,5%. **Conclusion:** Breast DLBCL commonly occurs in females at the age group of 41-60, was diagnosed within 3 months, with the most common symptom are palpable painless mass in many areas of breasts. Most cases show hypoechogenocity in ultrasound and increased density on mammography. Hispathology is majority with non-germinal center type and a high Ki67 index. Most of patients are in the low and intermediate-low risk groups according to the NCCN-IPI.

Keywords: Diffuse large B-cell lymphoma of breast, non-Hodgkin lymphoma, breast.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin biểu hiện ở vú là một dạng hiếm gặp của u lympho ngoài hạch. Nó chiếm 0,5% các trường hợp khối u vú ác tính, 1% u lympho không Hodgkin (ULPKH) và 3% ULPKH ngoài hạch. Thể mô bệnh học chiếm ưu thế là tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL). Về chẩn đoán, ULPKH biểu hiện ở vú có thể được chia thành hai nhóm: nguyên phát (Primary breast lymphoma-PBL) và thứ phát (Secondary breast lymphoma-SBL).^{1,2} Trong PBL, bệnh chỉ biểu hiện ở một vú có hoặc không kèm theo hạch vùng của vú đó. Khái niệm PBL được trình bày lần đầu năm 1972 bởi các tác giả Wiseman và Liao với các tiêu chí: (1) vị trí biểu hiện tại vú, (2) không có tiền sử u lympho hoặc bằng chứng về sự lan rộng của bệnh tại thời điểm chẩn đoán, (3) u lympho được chứng minh có liên quan chặt chẽ với mô vú trong bệnh phẩm, (4) hạch cùng bên được tính liên quan nếu xuất hiện cùng với khối u nguyên phát.³ Trong khi đó, SBL là các trường hợp mà sự có mặt u lympho lan rộng hơn một vú và hạch vùng của nó. Do là một dạng

¹Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

²Trường đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thị Thanh Hà

Email: laithanhha93.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.9.2024