

- 16539541/
 6. **Hoàng Kim Cúc.** Xác định kích thước xương ổ răng trên phim CTCTB hàm trên-dưới. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
 7. **Murugesan A, Dinesh SPS, Pandian SM, Solanki LA, Alshehri A, Awadh W, et al.**

Evaluation of Orthodontic Mini-Implant Placement in the Maxillary Anterior Alveolar Region in 15 Patients by Cone Beam Computed Tomography at a Single Center in South India. Med Sci Monit. 2022 Oct 26;28:e937949-1-e937949-7.

LEIOMYOSARCOMA SAU PHÚC MẠC: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Đoàn Trọng Tú¹, Nguyễn Văn Cương¹, Khổng Văn Quang¹

TÓM TẮT

Leiomyosarcoma là khối u ác tính hiếm gặp và có thể phát sinh từ bất kỳ cơ trơn nào trên cơ thể. Leiomyosarcoma chiếm khoảng 19% sarcoma mô mềm sau phúc mạc (1). Bệnh thường gặp ở những bệnh nhân 50 – 70 tuổi và phụ nữ chiếm 2/3 đến 3/4 số bệnh nhân (2). Khối u thường phát triển âm thầm khó nhận biết. Việc điều trị khối u hiếm gặp này rất phức tạp do kích thước khối u lớn khi chẩn đoán và có di căn nên tiên lượng kém. Trong bài báo này chúng tôi trình bày một ca lâm sàng sarcoma cơ trơn sau phúc mạc phức tạp, từ đó điểm lại y văn nhằm giúp chẩn đoán sớm bệnh lý hiếm gặp này.

Từ khoá: Leiomyosarcoma, u sau phúc mạc

SUMMARY

RETROPERITONEAL LEIOMYOSARCOMA: RARE CLINICAL AND A LITERATURE REVIEW

Leiomyosarcomas are rare tumors that may arise from any smooth muscle source. They represent 19% of all soft tissue sarcomas arising in the retroperitoneum. Two - third to three - fourths of retroperitoneal leiomyosarcoma occur in women and develop in the fifth to seventh decade. Retroperitoneal tumors typically have vague presenting symptoms. Treatment of this rare neoplasm is complicated by the large size of the tumor at diagnosis and frequent presence of metastases; therefore, prognosis is poor. We report a giant retroperitoneal leiomyosarcoma and review of literature.

Keywords: Leiomyosarcoma, Retroperitoneal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma mô mềm (Soft tissue sarcoma) là một nhóm khối u hiếm gặp chỉ chiếm 0.7% u ác tính người lớn và không đồng nhất, phát sinh trong các mô liên kết có nguồn gốc phôi từ tế bào trung mô. Có khoảng 70 loại sarcoma khác nhau. Leiomyosarcoma là sarcoma có thể gặp

bất cứ vùng nào trên cơ thể nhưng sau phúc mạc là vùng hay gặp nhất chiếm 12 – 69% các trường hợp (3,4). Bệnh thường gặp ở người lớn hơn trẻ em. Leiomyosarcoma sau phúc mạc thường phát triển âm thầm đến khi có kích thước lớn trước khi gây đau chèn ép hoặc tình cờ phát hiện khi khám kiểm tra sức khỏe. Chẩn đoán trước mổ thường dựa trên hình ảnh CT hoặc MRI. Khối u thường mềm, màu xám, kích thước lớn, ranh giới thường rõ và có vùng hoại tử. Trên hình ảnh mô bệnh học để hướng đến chẩn đoán leiomyosarcoma phải có ít nhất 1 trong số các tiêu chuẩn sau trên những u tế bào hình thoi: nhân đa hình hoặc nhân không điển hình, hoại tử u, và có trên 10 nhân chia trên 50 HPF với nữ hoặc trên 1 nhân chia trên 50 HPF với nam (5). Với hóa mô miễn dịch dựa vào các dấu ấn SMA, Desmin, h – Caldesmon dương tính để chẩn đoán leiomyosarcoma (5). Ngoài ra khối u có thể dương tính với dấu ấn Keratin, S100, CD34. Khối u âm tính với dấu ấn CD117(KIT). Leiomyosarcoma thường liên quan đến các khiếm khuyết ở TP53 (6). Một vị trí thường gặp khác là con đường retinoblastoma-cyclin D, với mất bộ gen ở 13q14, tập trung vào gen RB1 (6). FNCLCC (Fédération Nationale de Centres de Lutte Contre le Cancer) dựa vào thang điểm độ biệt hóa tế bào u, chỉ số phân bào, mức độ hoại tử để phân độ Grad của sarcoma. Phương pháp điều trị hàng đầu là phẫu thuật đảm bảo diện cắt âm tính. Hóa xạ trị được cân nhắc trong các trường hợp di căn, u lớn xâm lấn rộng, diện cắt dương tính. Qua 1 ca bệnh leiomyosarcoma sau phúc mạc, chúng tôi trình bày và điểm lại y văn về bệnh lý này.

I. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 34 tuổi, tiền sử ung thư thùy phải tuyến giáp pT1N1M0 đã điều trị. Bệnh nhân đến viện vì đi tái khám sức khỏe phát hiện khối u ổ bụng. Bệnh nhân không có biểu hiện nôn, không sốt, không đại tiện phân đen. Khám lâm sàng khi vào viện bệnh nhân thể trạng trung

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trọng Tú

Email: trongtubvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

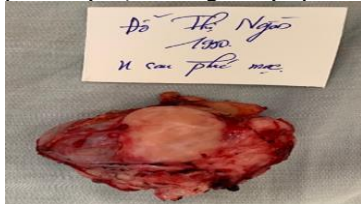
Ngày duyệt bài: 24.12.2024

bình, BMI 22,5kg/m², bụng không chướng, không sờ thấy khối u ổ bụng. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính có khối u kích thước 48x64mm mặt ngoài đầu tụy phía trước trên thận phải, bờ đều đề đầy tĩnh mạch chủ dưới và DII tá tràng, ngấm thuốc mạnh không đồng nhất, gan phổi không có tổn thương.



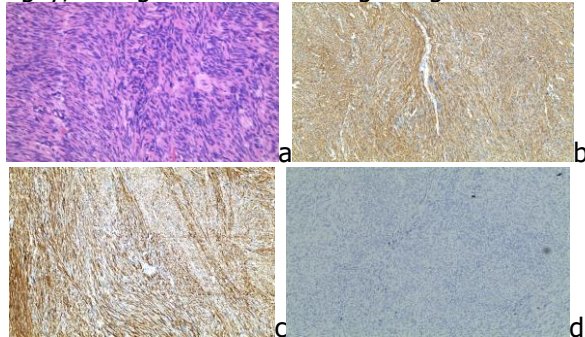
Hình 1. Phim chụp CT của bệnh nhân

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật với đường mổ trên dưới rốn. Tổn thương trong mỡ với khối u sau phúc mạc phía ngoài tĩnh mạch chủ dưới và DII tá tràng, u có phần dính sát chỗ đổ của tĩnh mạch thận phải vào tĩnh mạch chủ, kích thước u 65mm, mật độ chắc, không thấy tổn thương gan. Chúng tôi tiến hành phẫu tích tách u khỏi tá tràng, tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch thận phải, thận phải và cắt trọn u gửi giải phẫu bệnh, đánh giá diện phẫu tích R0.



Hình 2. Bệnh phẩm u sau phẫu thuật

Kết quả nhuộm Hematoxylin – Eosin là hình ảnh u tế bào hình thoi. Chúng tôi đã tiến hành nhuộm hóa mô miễn dịch với kết quả u dương tính với dấu ấn SMA, Desmin, Actin, CD99 và âm tính với dấu ấn CD117, S – 100, CD34. Kết luận hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp với sarcoma cơ trơn độ thấp. Bệnh nhân hậu phẫu ổn định và ra viện sau phẫu thuật 6 ngày, không có các biến chứng trong và sau mổ.



Hình 3. Hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch

a. hình ảnh HE 200x; b. hình ảnh nhuộm SMA; c. hình ảnh nhuộm Desmin, d. hình ảnh nhuộm CD117

II. BÀN LUẬN

Leiomyosarcoma là một u ác tính hiếm gặp, tuy nhiên đây là khối u đứng hàng thứ 2 trong số các sarcoma sau phúc mạc (7). Bệnh thường được phát hiện ở phụ nữ ở độ tuổi 50 – 70 tuổi nhưng bệnh nhân của chúng tôi tuổi phát hiện bệnh khi rất trẻ. Leiomyosarcoma sau phúc mạc tiến triển âm thầm đến khi to, chèn ép và đôi khi bệnh nhân được phát hiện tình cờ. Cooley, Christine phân tích trên 56 bệnh nhân leiomyosarcoma sau phúc mạc thấy kích thước u trung bình là 11.3cm nếu không liên quan đến mạch máu và 10.4cm với u liên quan đến mạch máu (8).Ca lâm sàng chúng tôi báo cáo bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ sau điều trị ung thư tuyến giáp và phát hiện ra có u sau phúc mạc trước khi có biểu hiện triệu chứng, kích thước u khi phẫu thuật là 65mm. Ở thời điểm chẩn đoán có 9% leiomyosarcoma sau phúc mạc có di căn tới gan (53%), phổi (65%), xương (35%), phúc mạc (53%) (8).

Chẩn đoán xác định leiomyosarcoma dựa vào hình ảnh nhuộm HE và hóa mô miễn dịch. Trên hình ảnh nhuộm hóa mô miễn dịch leiomyosarcoma có hình ảnh tế bào hình thoi với nhân đa hình hoặc nhân không điển hình, hoại tử u, nhân thường lệch về 1 phía và khó phân biệt với sarcoma mô mềm khác, Schwannoma.... Trên hóa mô miễn dịch leiomyosarcoma thường dương tính với SMA, Desmin, h – Caldesmon. Mỗi dấu ấn này dương tính trong 70% các trường hợp leiomyosarcoma (5). Hai trong số những dấu ấn này dương tính sẽ hỗ trợ trong việc chẩn đoán xác định. Ngoài ra khối u có thể dương tính với dấu ấn Keratin, S100, CD34. Khối u âm tính với dấu ấn CD117(KIT). Trong ca lâm sàng chúng tôi báo cáo u dương tính với dấu ấn SMA, Desmin và âm tính với dấu ấn CD117.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng với những leiomyosarcoma chưa di căn với mục tiêu là cắt bỏ khối u đảm bảo diện cắt âm tính. Vì khối u thường kích thước lớn khi phát hiện nên đảm bảo diện cắt âm tính thường khó khăn và điều này ảnh hưởng tới tiên lượng bệnh. Phẫu thuật cắt u đảm bảo diện cắt âm tính có tỉ lệ sống thêm không tái phát tại chỗ trong 5 năm là 78%, thời gian sống thêm 5 năm là 39 – 68% (9). Bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi được phẫu thuật cắt trọn u với diện cắt âm tính. Bệnh nhân hậu phẫu ổn định ra viện sau phẫu thuật 6 ngày và tiếp tục kiểm tra định kỳ. Theo

hướng dẫn của NCCN, bệnh nhân được chụp CT hoặc MRI bụng và CT phổi 3 – 6 tháng/ lần trong vòng 3 năm đầu; 6 tháng/ lần trong 2 năm tiếp theo; sau đó 1 năm 1 lần.

III. KẾT LUẬN

Leiomyosarcoma sau phúc mạc là khối u ác tính hiếm gặp. Bệnh thường phát triển âm thầm đến khi có kích thước lớn trước khi gây đau chèn ép hoặc tình cờ phát hiện. Chẩn đoán trước mổ thường dựa trên hình ảnh CT hoặc MRI. Chẩn đoán xác định dựa trên hóa mô miễn dịch với các dấu ấn SMA, Desmin, h – Caldesmon. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng với những leiomyosarcoma chưa di căn. Cắt trọn u đảm bảo diện cắt âm tính là một yếu tố tiên lượng quan trọng với khả năng tái phát và thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cody III HS, Turnbull AD, Fortner JG, Hajdu SI.** The continuing challenge of retroperitoneal sarcomas. *Cancer.* 1981;47(9):2147–52.
2. **Hartman DS, Hayes WS, Choyke PL, Tibbetts GP.** From the archives of the AFIP. Leiomyosarcoma of the retroperitoneum and inferior vena cava: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics.* 1992 Nov;12(6):1203–20.

3. **Wile AG, Evans HL, Romsdahl MM.** Leiomyosarcoma of soft tissue: A clinicopathologic study. *Cancer.* 1981;48(4):1022–32.
4. **Adam YG, Oland J, Halevy A, Reif R.** Primary retroperitoneal soft-tissue sarcomas. *Journal of Surgical Oncology.* 1984;25(1):8–11.
5. **Bathan AJ, Constantinidou A, Pollack SM, Jones RL.** Diagnosis, prognosis, and management of leiomyosarcoma: recognition of anatomic variants. *Current Opinion in Oncology.* 2013 Jul;25(4):384.
6. **Guillou L, Aurias A.** Soft tissue sarcomas with complex genomic profiles. *Virchows Arch.* 2010 Feb 1;456(2):201–17.
7. **Rajiah P, Sinha R, Cuevas C, Dubinsky TJ, Bush WH, Kolokythas O.** Imaging of Uncommon Retroperitoneal Masses. *RadioGraphics.* 2011 Jul;31(4):949–76.
8. **Cooley CL, Jagannathan JP, Kurra V, Tirumani SH, Saboo SS, Ramaiya NH, et al.** Imaging Features and Metastatic Pattern of Non-IVC Retroperitoneal Leiomyosarcomas: Are They Different From IVC Leiomyosarcomas? *Journal of Computer Assisted Tomography.* 2014 Oct;38(5): 687.
9. **Surgical management of primary retroperitoneal sarcoma | British Journal of Surgery | Oxford Academic [Internet].** [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/97/5/698/6142139>

CHỈ SỐ ALBUMIN-BILIRUBIN (ALBI) VÀ CHỈ SỐ TIỂU CẦU - ALBUMIN - BILIRUBIN (PALBI) Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN CÓ XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Mỹ Duyên¹, Nguyễn Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Hồng Anh², La Hoàng Thiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa chỉ số ALBI và chỉ số PALBI với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có xơ gan tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có xơ gan điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 5/2022-8/2024. **Kết quả:** Trong tổng số 112 bệnh nhân chủ yếu là nam giới (76,8%), độ tuổi trung bình là 52,3±10,4 (năm). Tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG nhiễm virus viêm gan B chiếm 59,8%. Số bệnh nhân có khối u ở gan phải chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%), tỷ lệ bệnh nhân có 1 khối u là

52,7%. Đa số bệnh nhân có kích thước khối u ≥ 3 cm. Có 45,5% bệnh nhân có nồng độ AFP > 400ng/mL. Tỷ lệ Child Pugh A, B, C tương ứng là 67%, 22,3% và 10,7%. Tỷ lệ ALBI 1, 2, 3 tương ứng là tương ứng là 31,3%, 58,9% và 9,8%. Tỷ lệ PALBI 1, PALBI 2, PALBI 3 tương ứng là 36,6%; 38,4% và 25%. **Kết luận:** Điểm ALBI tăng dần theo nồng độ AFP huyết tương và số lượng khối u. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm ALBI với kích thước khối u. **Từ khóa:** ALBI, PALBI, Child Pugh, ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

ALBUMIN-BILIRUBIN (ALBI) AND PLATELET-ALBUMIN-BILIRUBIN (PALBI) GRADES IN PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH CIRRHOSIS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To analyze of the relationship between ALBI, PALBI grades and some clinical and subclinical characteristics in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) with cirrhosis at Thai

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa
 Email: hoanguyenthi74hstn@gmail.com
 Ngày nhận bài: 21.10.2024
 Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024
 Ngày duyệt bài: 26.12.2024