

PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG VÀ U VỎ TUYẾN THƯỢNG THẬN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH THEO CẬP NHẬT CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI NĂM 2022

Võ Thị Ngọc Diễm^{1,2}, Nguyễn Minh Nhật³, Lê Duy Mai Huyền²,
Nguyễn Thanh Duy², Lưu Thị Thu Thảo¹, Nguyễn Huy Thịnh⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong ấn bản lần thứ 5 của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022 về phân loại u của các cơ quan thuộc hệ nội tiết, nhóm tổn thương và u vỏ tuyến thượng thận có nhiều thay đổi và cập nhật đáng kể. Việc chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời các tổn thương ở cơ quan này dựa trên các đặc điểm mô bệnh học, hình ảnh học cắt lớp vi tính và phân loại theo hướng dẫn mới, là điều thiết yếu vì có ảnh hưởng rất lớn đến tỷ lệ sống còn và khả năng đáp ứng của bệnh nhân, đặc biệt với những tổn thương cần phân biệt lành - ác. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm chung (tuổi, giới, vị trí, kích thước), mô bệnh học, hình ảnh học cắt lớp vi tính và phân loại tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận ở người trưởng thành theo cập nhật của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp hồi cứu cắt ngang mô tả trên 136 trường hợp tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận ở bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và Bệnh viện 30-4 từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Độ tuổi mắc bệnh rộng từ 23 đến 84 tuổi, trong đó nhóm 40-64 tuổi chiếm phần lớn (58,1%); đồng thời, tỷ lệ nữ ưu thế hơn gấp đôi nam. Về phân loại, trong nhóm lành tính chủ yếu là u tuyến vỏ thượng thận (78,7%); ngoài ra các thực thể lành tính khác như bệnh nốt, tăng sản, nang, u tủy mỡ hiện diện với tỷ lệ thấp (0,7%-10,3%). Đề tài ghi nhận 3 trường hợp carcinôm vỏ thượng thận ác tính gồm 01 ca dạng thông thường và 2 ca dạng phồng bào. Một số đặc điểm mô bệnh học có liên quan đến việc phân biệt lành-ác là số phân bào, phân bào không điển hình, hoại tử, cấu trúc lan tỏa, thành phần tế bào sáng, xâm nhập vỏ bao và xâm nhập mạch máu. Kết hợp đa thông số như hệ thống Weiss và Weiss hiệu chỉnh, hệ thống Lin-Weiss-Bisceglia, thuật toán Reticulin, thang điểm Helsinki giúp ích chẩn đoán trong những trường hợp vùng xám. Về hình ảnh học trên cắt lớp vi tính, ngưỡng 4 cm và 20 HU, cùng với APW 60% và RPW 40% cũng là những gợi ý hữu ích trong phân biệt các tổn thương lành-ác. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm mô bệnh học và phân loại các tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận theo cập nhật của WHO 2022. Ngoài ra, nhấn mạnh sự cần thiết trong việc kết hợp đánh giá

đa chuyên khoa (mô bệnh học và hình ảnh học), đa thông số (các thang điểm nhiều yếu tố) trong chẩn đoán; nhất là với những trường hợp vùng xám.

Từ khóa: tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận, phân loại mô bệnh học, hình ảnh học cắt lớp vi tính.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF ADRENAL CORTEX LESIONS AND TUMORS ACCORDING TO THE CURRENT WHO CLASSIFICATION

Background: In the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Endocrine and Neuroendocrine Tumors, adrenal cortical tumors have undergone significant changes and updates, both in terminology and classification. Accurate diagnosis and prompt treatment of lesions in this organ, which relies on computed tomography imaging, histopathological features and new classification, are essential as they greatly impact the responsiveness and survival of patients, especially in the lesions that need to be differentiated between benign and malignant. **Aim:** The aim of the study was to investigate some general (age, gender, site, size), histopathological, computed tomography characteristics and classification of adult adrenal cortical tumors using 2022 WHO Classification of Endocrine Tumors. **Methods:** A multicenter retrospective descriptive cross-sectional study on 136 adult patients having adrenal cortical tumors surgically treated at the University Medical Center of Ho Chi Minh City and 30-4 Hospital from January 2019 to June 2024. **Results:** The patient age ranged from 23 to 84 years, with the 40–64-year age group comprising the largest proportion (58.1%). The ratio of female to male was more than two-fold. Among the tumors, ACA constituted the majority (78.7%) of the benign group, while other benign lesions as nodular disease, hyperplasia, cyst, myelolipoma accounted for smaller proportion (0.7-10.3%). Three ACC cases were identified, consisting of one case with conventional subtype and other two cases with oncocytic subtype. Key histopathological features related to the distinction between benign from malignant tumors were mitotic rate, atypical mitoses, necrosis, diffuse growth pattern, clear cell component, capsular and vascular invasion. The use of multiparametric assessment tools including the Weiss system, modified Weiss system, Lin-Weiss-Bisceglia system, Reticulin algorithm and Helsinki scoring could aid the diagnosis of borderline cases. In computed tomography imaging, a size threshold of 4 cm and an attenuation of 20 HU, along with the APW of 60% and RPW of 40%, provided useful criteria for differentiating benign from malignant lesions. **Conclusions:** This study described the

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Bệnh viện 30-4 - Bộ Công An

⁴Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Ngọc Diễm

Email: votngocdiem@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

histopathological features and classification of adrenal cortical lesions/tumors as per the 2022 WHO classification of tumors. In addition, a multidisciplinary (histopathological and radiological) and multiparametric approach was crucial for accurate diagnosis, especially in borderline cases. **Relevance for patients:** The use of the new WHO classification of endocrine and neuroendocrine tumors, in combination with radiological aspects of the patients, could provide a better diagnosis of adrenal cortical tumors. **Keywords:** adrenal cortical tumors, histopathological classification, computed tomography imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhóm tổn thương và u vỏ tuyến thượng thận là bệnh lý không phổ biến, với tỷ lệ mắc trong dân số chung dao động từ 0,5% đến 1,4%.^{1,2} Với những khối u không chức năng (không tăng tiết hormon), rất khó chẩn đoán sớm vì hầu như không triệu chứng hoặc có triệu chứng không đặc hiệu.³ Mặt khác, thời điểm chẩn đoán và điều trị rất quan trọng vì ảnh hưởng lớn đến tỷ lệ sống còn và đáp ứng của bệnh nhân. Bên cạnh đó, giai đoạn bệnh là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng đến khả năng sống. Theo số liệu của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, tỷ lệ sống 5 năm của ACC nếu chẩn đoán và điều trị sớm là 74%, trong khi tỷ lệ này chỉ còn 56% khi đến giai đoạn u xâm lấn các mô xung quanh hoặc di căn hạch, và chỉ đạt 37% nếu di căn đến các cơ quan khác của cơ thể.⁴

Đầu năm 2022, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã có hướng dẫn và cập nhật trong ấn bản lần thứ 5 về phân loại u hệ nội tiết, thay đổi đáng kể về danh pháp cũng như phân loại.⁵ Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm trả lời câu hỏi "Đặc điểm và phân loại mô bệnh học của nhóm tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận theo cập nhật WHO 2022 tại Việt Nam có điểm gì giống và khác so với bản trước đó và so với các

nước trên thế giới" và "áp dụng các hệ thống phân loại mô bệnh học theo WHO 2022 như thế nào trong việc phân biệt các tổn thương lành tính với ác tính?"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được phẫu thuật u tuyến thượng thận, có kết quả chẩn đoán GPB thuộc nhóm tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận tại Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM và Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện 30-4 từ 01/2019 đến 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được phẫu thuật u tuyến thượng thận, có chẩn đoán xác định thuộc nhóm tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân đã được can thiệp trước phẫu thuật. Không thể khảo sát được mô học. Không xác định được nguyên phát hay di căn. Không đủ thông tin về tuổi, giới, và vị trí.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu cắt ngang mô tả.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Cỡ mẫu: 136 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Y đức: Nghiên cứu đã được sự thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM (Mã số 3099/HĐĐĐ-ĐHYD)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về tuổi, giới, vị trí, kích thước. Tuổi trung bình là 48,6 (dao động 23-84 tuổi). Độ tuổi mắc bệnh nhiều nhất là nhóm 40-64 (79 ca; 58,1%), hầu hết là nữ (100 ca; 73,5%). Đa số u ở một bên (134 ca; 98,5%).

3.2. Phân loại mô bệnh học tổn thương và u vỏ tuyến thượng thận theo WHO 2022

Bảng 1. Phân loại mô bệnh học nhóm tổn thương và u vỏ tuyến thượng thận theo WHO 2022

Nhóm		Chẩn đoán mô bệnh học	Số TH (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương trong vỏ thượng thận	Nang tuyến thượng thận	Tuyến thượng thận lạc chỗ	0	0
		Nang nội mô	11	8,1
		Nang biểu mô	0	0
		Nang ký sinh trùng	0	0
		Nang giả	3	2,2
U vỏ thượng thận	U lành	U tủy mỡ tuyến thượng thận	7	5,2
		Bệnh nốt tự phát	0	0
		Bệnh nốt nhỏ 2 bên	0	0
		Bệnh nốt lớn 2 bên	1	0,7
		Tăng sản thượng thận bẩm sinh	4	2,9
		U tuyến vỏ thượng thận	107	78,7
	Carcinôm	Carcinôm vỏ thượng thận	1	0,7
		Dạng thông thường		

		Dạng phồng bào	2	1,5
		Dạng nhảy	0	0
		Dạng sarcôm	0	0
U mô đệm dây sinh dục – u khác			0	0
Tổng cộng			136	100

Trong tổng số 136 trường hợp nghiên cứu, ngoài 26 ca có kiểu hình đặc trưng như u tửu mô, nang, và những ca chẩn đoán dựa vào vị trí, kích thước như bệnh nốt, tăng sản; chúng tôi ghi nhận 110 ca bệnh cần đánh giá theo hệ thống Weiss (WS) để phân biệt ACA và ACC. Ngoài ra, những trường hợp thuộc vùng xám (04 ca), không rõ chẩn đoán lành hay ác tính, có điểm WS từ 2 đến 3 điểm, được chúng tôi khảo sát đa thông số.

Mối liên quan giữa đặc điểm chung và phân loại mô bệnh học. Nghiên cứu ghi nhận ACC có tuổi trung bình ($54,3 \pm 8,1$ tuổi) lớn hơn nhóm u lành ($49,7 \pm 12,7$ tuổi) và nhóm tổn thương ($41,6 \pm 11,1$ tuổi) (Kiểm định ANOVA; $p = 0,0184$). Kích thước trung bình ACC ($6,3 \pm 3,2$ cm) lớn hơn gấp 2,4 lần nhóm u lành ($2,6 \pm 1,4$ cm) (Kiểm định t; $p < 0,01$).

3.3. Đặc điểm mô bệnh học và các mối liên quan

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm mô bệnh học với ACA và ACC

Biến số của nhóm u tuyến và carcinôm vò thượng thận (N=110)		U tuyến vò thượng thận		Carcinôm vò thượng thận		Tổng TH khảo sát		Giá trị p (*)
		Số TH	Tỷ lệ (%)	Số TH	Tỷ lệ (%)	Số TH	Tỷ lệ (%)	
Phân độ nhân III-IV	Có	27	25,2	2	66,7	29	26,4	0,17
	Không	80	74,8	1	33,3	81	73,6	
Phân bào >5/50HPF	Có	0	0	2	66,7	2	1,8	<0,01
	Không	107	100	1	33,3	108	98,2	
Phân bào không điển hình	Có	0	0	1	33,3	1	0,9	0,03
	Không	107	100	2	66,7	109	99,1	
Hoại tử	Có	0	0	1	33,3	1	0,9	0,03
	Không	107	100	2	66,7	109	99,1	
Cấu trúc lan tỏa >1/3 mô u	Có	5	4,7	3	100	8	7,3	<0,01
	Không	102	95,3	0	0	102	92,7	
Tế bào sáng $\leq 1/4$ mô u	Có	13	12,2	3	100	16	14,5	<0,01
	Không	94	87,8	0	0	94	85,5	
Xâm nhập vỏ bao	Có	1	0,9	1	33,3	2	1,8	0,05
	Không	106	99,1	2	66,7	108	98,2	
Xâm nhập mạch máu	Có	0	0	1	33,3	1	0,9	0,03
	Không	107	100	2	66,7	109	99,1	
Xâm nhập xoang	Có	3	2,8	1	33,3	4	3,6	0,11
	Không	104	97,2	2	66,7	106	96,4	

(*) Kiểm định Fisher's exact, khoảng tin cậy 95%

Đặc điểm mô bệnh học của nghiên cứu chúng tôi khảo sát trên 110 trường hợp cần phân biệt ACA và ACC, tương ứng với chín tiêu chí trong WS bao gồm: phân độ nhân, số phân bào, phân bào không điển hình, thành phần cấu trúc lan tỏa, thành phần tế bào sáng, xâm nhập vỏ bao u, xâm nhập mạch máu, và xâm nhập xoang lympho.

3.4. Đặc điểm hình ảnh học trên CT scan và các mối liên quan. Đề tài ghi nhận 78 trường hợp nghiên cứu có khảo sát CT scan tuyến thượng thận. Qua phân tích nhận thấy hầu hết các tổn thương có giới hạn rõ và không xâm lấn (tương ứng 97,4% và 98,7%). Nghiên cứu ghi nhận nhóm u lành thường có giới hạn rõ và không xâm lấn; ngược lại, giới hạn không rõ có

thể là nhóm tổn thương (nang xuất huyết) hoặc ACC, xâm lấn chỉ hiện diện ở nhóm ACC (Kiểm định Fisher's exact; $p < 0,05$).

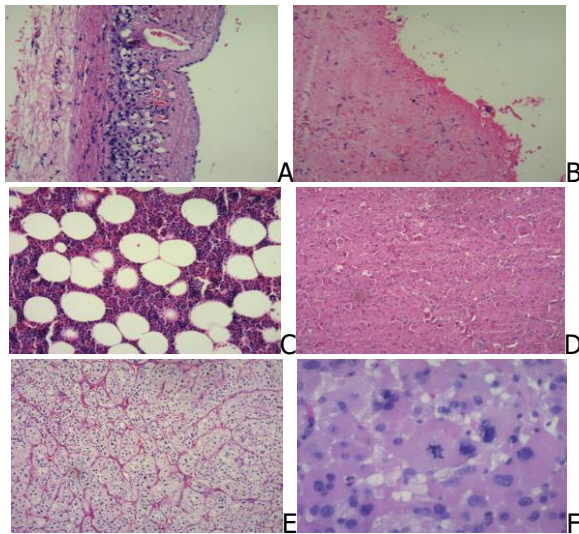
Đậm độ tổn thương có trung vị là 15 HU (dao động -90 - 66 HU). Khi xét riêng biến số đậm độ ở nhóm phân biệt ACA-ACC (67 trường hợp có chụp CT scan), nghiên cứu nhận thấy đậm độ trung bình của nhóm ACC cao hơn gấp 2,2 lần nhóm ACA ($32,8 \pm 3,1$ HU so với $14,7 \pm 1,7$ HU) (Kiểm định t; $p = 0,0157$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới tính. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình khá thấp so với nghiên cứu của Bechmann và cs⁶ cũng như nghiên cứu của Jing

và cs¹ (48,6 so với 56,3-57,7). Tuy nhiên, độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả T.T.Liêm và cs³ tại Việt Nam (48,6 so với 41). Điều này có thể do sự khác biệt về chủng tộc, vị trí địa lý cũng như cỡ mẫu.

Về giới tính, tần suất mắc bệnh ở nữ cao hơn gấp đôi nam (tỷ lệ nữ:nam = 2,8:1). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng như số liệu từ y văn, với tỷ lệ nữ:nam dao động từ 1,2:1 đến 1,6:1.^{2,3,6} Điều này được lý giải do bệnh nhân nữ thường có các triệu chứng và dấu hiệu cảnh báo của bệnh nhiều hơn đáng kể so với nam, bất kể kiểu hình chức năng sinh hóa và biểu hiện của khối u. Bên cạnh đó, sự bất tương xứng về giới cũng một phần liên quan đến việc tái tạo mô tuyến thượng thận ở nữ cao hơn gấp ba lần so với nam. Ngoài ra, cân bằng nội môi ở nam chỉ phụ thuộc vào các tế bào trong vùng tạo steroid, trong khi ở nữ còn có sự kết hợp thêm của các tế bào gốc và tiền thân tế bào gốc trong vỏ bao tuyến thượng thận; các tế bào này bị ức chế bởi hormon nam. Hay nói cách khác, hormon androgen ở nam giới sẽ bảo vệ các tế bào tuyến thượng thận khỏi việc sản xuất quá mức, tăng trưởng quá mức và hình thành khối u.⁷



Hình 1. Hình ảnh vi thể của các tổn thương/u vỏ tuyến thượng thận

- (A) Mã V023 – Nang nội mô tuyến thượng thận (H&E, 20X)
 (B) Mã V094 – Nang giả tuyến thượng thận (H&E, 20X)
 (C) Mã V029 – U tủy mỡ tuyến thượng thận (H&E, 20X)
 (D) Mã V026 – Tăng sản thượng thận bẩm sinh (H&E, 10X)

(E) Mã V016 – U tuyến vỏ thượng thận (H&E, 10X)

(F) Mã V023 – Carcinôm vỏ thượng thận (H&E, 40X)

4.2. Phân loại mô bệnh học tổn thương và u vỏ tuyến thượng thận theo WHO 2022

Nhóm tổn thương trong vỏ thượng thận. Chúng tôi ghi nhận 14 trường hợp nang tuyến thượng thận, trong đó có 3 ca là nang giả. Theo ghi nhận từ y văn, nhiều trường hợp phát hiện các tổn thương khác (như ACA, ACC, u sắc bào, u tủy mỡ,...) bên trong các nang giả.⁸ Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành khảo sát toàn bộ tổn thương theo hướng dẫn của WHO; ngược lại đối với những trường hợp nang thông thường, do hạn chế về điều kiện khách quan lẫn chủ quan, chúng tôi chỉ khảo sát 2-4 block đại diện.

Nhóm bệnh nốt và tăng sản thượng thận bẩm sinh. Đề tài ghi nhận 01 trường hợp bệnh nốt lớn hai bên; với nhiều nốt kích thước từ 1,2 cm đến 2,6 cm ở cả hai bên tuyến thượng thận. Theo y văn, đa số ghi nhận bệnh này đều kèm hội chứng Cushing và liên quan đột biến gen ARMC5, chỉ khoảng 10% là không có chức năng.⁹ Trường hợp chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có chỉ số cortisol và aldosterone đều trong giới hạn bình thường. Điều này có thể do ca bệnh chúng tôi có kích thước tổn thương tương đối nhỏ và không liên quan đột biến ARMC5.

Với tăng sản thượng thận bẩm sinh (CAH), chúng tôi cũng ghi nhận được 04 trường hợp với mô tả tuyến thượng thận tăng kích thước ở cả hai bên (2,5-10cm) mà không kèm khối u. Xét về cơ chế sinh bệnh, sự gián đoạn tổng hợp steroid ở vỏ thượng thận do thiếu hụt enzyme dẫn đến việc sản xuất các hormon vỏ thượng thận bất thường, giảm nồng độ cortisol và aldosterone máu⁵, phù hợp với các ca bệnh của chúng tôi.

Nhóm u tuyến và carcinôm vỏ thượng thận. Hiện diện một lượng lớn trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là ACA (107/136 ca; 78,7%). Điều này tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới với tỷ lệ từ 57,1% đến 96,0%.^{1-3,6} Tuổi trung bình của ACA là 49,3 (dao động 27-84 tuổi). Kích thước trung bình là 2,5 cm (dao động 1,0-7,8 cm), đa số nhỏ hơn 4 cm và chỉ có 8 trường hợp đạt trên ngưỡng 4 cm.

Về mặt vi thể, chúng tôi ghi nhận 68/107 ACA (63,6%) đạt 0 điểm theo WS. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận được 33 trường hợp (30,8%) đạt 1 điểm theo WS bao gồm 23 ca có phân độ nhân cao III-IV, 7 ca có thành phần tế bào sáng ≤ 1/4, và 3 ca có xâm nhập xoang. Nghiên cứu của DeLellis về u tuyến cận giáp đã nhận thấy đặc điểm nhân tăng sắc và dị dạng,

kích thước lên đến 50 micromet, gọi là “nhân không điển hình do nội tiết”, khá thường gặp trong u tuyến tuyến cận giáp – một tổn thương lành tính.¹⁰

Bên cạnh đó, thành phần tăng sản trong ACA thường là tế bào sáng giàu lipid giống lớp vỏ, nhưng vẫn có nhiều trường hợp tăng sản tế bào nhỏ nghèo lipid giống lớp lưới.⁵ Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả 07 trường hợp ACA (6,5%) có đặc điểm tế bào sáng $\leq 1/4$ là do tăng sản chủ yếu tế bào nghèo lipid giống lớp lưới.

Tiếp đến, chúng tôi ghi nhận 02 trường hợp ACA đạt 2 điểm theo WS. Trong đó, một trường hợp có thành phần tế bào sáng $\leq 1/4$ và xâm nhập vỏ bao. Y văn cũng đã ghi nhận nhiều trường hợp khó xác định có thật sự xâm lấn vỏ bao hay không, điều này có thể lý giải do nhiều yếu tố khách quan lẫn chủ quan như phẫu thuật không đúng cách, lát cắt kém chất lượng, hoặc do vỏ bao tuyến thượng thận đã dẫn nở từ trước dẫn đến các tế bào tăng sản chèn vào tạo hình ảnh giống như xâm nhập.¹¹ Ngoài ra, một trường hợp khác đạt 2 điểm theo WS do có thành phần tế bào sáng $\leq 1/4$ và cấu trúc lan tỏa $> 1/3$.

Cuối cùng, 04 trường hợp đạt WS 3 điểm nhưng chẩn đoán cuối cùng là ACA, vì đây là những ca bệnh có kiểu hình đặc biệt (dạng phòng bào và dạng nhầy) hoặc vùng xám khó chẩn đoán nên cần xem xét đa thông số mà không thể chỉ dựa vào WS. Cả 04 trường hợp này đều có ba đặc điểm là phân độ nhân III-IV, tế bào sáng $\leq 1/4$ và cấu trúc lan tỏa $> 1/3$. Qua đó có thể thấy, đây là những đặc điểm dễ bị nhầm sang ác tính nhất, đặc biệt là khi ACA có kiểu hình không phải dạng thông thường. Đáng chú ý, cả 04 trường hợp này đều có biểu hiện mất khung Reticulin khi nhuộm đặc biệt nhưng xét RA lại không thỏa và những tiêu chí khác đều ủng hộ chẩn đoán ACA. Qua đó một lần nữa nhấn mạnh, việc mất khung Reticulin đơn độc mà không kèm các đặc điểm ác tính khác như phân bào $> 5/50$ HPF, hoại tử, xâm lấn mạch máu, là chưa đủ để chẩn đoán ACC vì có thể gặp trong một số ACA.⁵

4.3. Đặc điểm mô bệnh học và các mối liên quan. Theo nhiều nghiên cứu đã thực hiện, trong phần lớn trường hợp, chẩn đoán phân biệt giữa u tuyến và ACC rất dễ đánh giá, đa số ACA đều âm tính tất cả tiêu chí, trong khi hầu hết các trường hợp ACC có điểm WS từ 6 trở lên. Thực tế dễ tài ghi nhận 68/110 trường hợp (61,8%) ACA có WS 0 điểm; trong khi đó số ACC có WS từ 6 điểm trở lên chiếm 1/3 trường hợp. Tuy nhiên khi khảo sát y văn, những khối u có tiềm năng ác tính không rõ với một hoặc hai tiêu

chuẩn không chắc chắn, sẽ dẫn đến áp dụng WS không chính xác, đặc biệt đối với những nhà bệnh học không phải chuyên gia.¹² Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 6 ca vùng xám với những đặc điểm không rõ lành ác; những trường hợp này đều được xem xét đa thông số.

Hầu hết các tiêu chí trong WS đều có mối liên quan trong việc phân biệt ACA với ACC, ngoại trừ hai đặc điểm là phân độ nhân III-IV và xâm nhập xoang. Vì bản chất tuyến thượng thận là cơ quan nội tiết nên đặc điểm nhân độ cao cũng thường hiện diện trong các tổn thương lành tính và không liên quan ác tính, từ đó gây bối rối cho bác sĩ giải phẫu bệnh.¹⁰ Ngoài ra, đặc điểm xâm nhập xoang cũng rất khó đánh giá.

4.4. Đặc điểm hình ảnh học trên CT scan. Nghiên cứu tìm thấy có mối liên quan giữa đặc điểm giới hạn và xâm lấn với các nhóm tổn thương/u, ghi nhận 02 trường hợp có giới hạn không rõ và một trong số đó là ACC; trường hợp còn lại do nang xuất huyết với hình ảnh đặc trưng nên dễ dàng chẩn đoán. Chính vì vậy, nếu chỉ xét riêng tổn thương đặc, thì đây là đặc điểm đáng tin cậy trong chẩn đoán ACC trên CT scan. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận 01 trường hợp có hình ảnh xâm lấn trên CT scan là ACC. Về đặc điểm đậm độ thì không thuộc của u trên CT scan, chúng tôi nhận thấy ACC có chỉ số đậm độ cao hơn gấp đôi nhóm ACA.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương/u không khác biệt về phân bố vị trí và có 2 trường hợp tổn thương ở hai bên. Tổn thương vỏ chủ yếu là u tuyến vỏ thượng thận (78,7%), carcinôm vỏ thượng thận có 3 ca (chiếm 2,2%) gồm 1 ca dạng thông thường và 2 ca dạng phòng bào. Nhóm bệnh nốt và tăng sản cũng có tỷ lệ thấp (0,7%-2,9%), tổn thương trong vỏ thượng thận gồm nang và u tủy mỡ tuyến thượng thận (5,2%-10,3%), không có tuyến thượng thận lạc chỗ.

VI. KIẾN NGHỊ

Khảo sát thêm thuật toán Reticulin, hệ thống Lin-Weiss-Bisceglia và thang điểm Helsinki; đồng thời kết hợp các đặc điểm CT scan và chức năng sinh hóa đối với những trường hợp vùng xám, khó chẩn đoán, hoặc 2 điểm theo hệ thống Weiss trên mô bệnh học.

Khảo sát toàn bộ khối u trên đại thể và vi thể với những trường hợp đạt kích thước 4 cm, đậm độ 20 HU, hay có APW 60% và RPW 40% trên CT scan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jing Y, Hu J, Luo R, et al. Prevalence and Characteristics of Adrenal Tumors in an

- Unselected Screening Population: A Cross-Sectional Study. *Ann Intern Med.* Oct 2022;175(10):1383-1391. doi:10.7326/m22-1619
2. **Ebbehoj A, Li D, Kaur RJ, et al.** Epidemiology of adrenal tumours in Olmsted County, Minnesota, USA: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* Nov 2020;8(11):894-902. doi:10.1016/s2213-8587(20)30314-4
 3. **Liêm TT.** Đặc điểm giải phẫu bệnh u tuyến thượng thận. Đại học Y dược TP.HCM; 2007.
 4. **SEER*Explorer.** An interactive website for SEER cancer statistics [Internet]. Updated March 1 2023. Accessed August 17 2023 hscge.
 5. **Mete O, Erickson LA, Juhlin CC, et al.** Overview of the 2022 WHO Classification of Adrenal Cortical Tumors. *Endocr Pathol.* Mar 2022;33(1): 155-196. doi:10.1007/s12022-022-09710-8
 6. **Bechmann N, Moskopp ML, Constantinescu G, et al.** Asymmetric Adrenals: Sexual Dimorphism of Adrenal Tumors. *J Clin Endocrinol Metab.* Jan 18 2024;109(2):471-482. doi:10.1210/clinem/dgad515
 7. **Grabek A, Dolfi B, Klein B, Jian-Motamedi F, Chaboissier MC, Schedl A.** The Adult Adrenal Cortex Undergoes Rapid Tissue Renewal in a Sex-Specific Manner. *Cell Stem Cell.* Aug 1 2019;25(2):290-296.e2. doi:10.1016/j.stem.2019.04.012
 8. **Goel D, Enny L, Rana C, et al.** Cystic adrenal lesions: A report of five cases. *Cancer Rep (Hoboken).* Feb 2021;4(1):e1314. doi:10.1002/cnr.2.1314
 9. **Espiard S, Drougat L, Libé R, et al.** ARMC5 Mutations in a Large Cohort of Primary Macronodular Adrenal Hyperplasia: Clinical and Functional Consequences. *J Clin Endocrinol Metab.* Jun 2015;100(6):E926-35. doi:10.1210/jc.2014-4204
 10. **DeLellis RA.** Parathyroid tumors and related disorders. *Mod Pathol.* Apr 2011;24 Suppl 2:S78-93. doi:10.1038/modpathol.2010.132

Kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị năm 2024

Phạm Thị Thanh Phương¹, Phạm Thị Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 96 người bệnh đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy 100% người bệnh hiểu được THA là bệnh lý mạn tính và có kiến thức về biến chứng cũng như biện pháp, mục đích theo dõi và điều trị bệnh THA; 94,8% người bệnh nắm được mức chỉ số HA cần đạt được <140/90mmHg; 14,6% người bệnh cho rằng THA là bệnh có nguyên nhân; 95,8% người bệnh hiểu biết về theo dõi HA tại nhà và 100% có kiến thức về cách dùng thuốc, chế độ dinh dưỡng và nghỉ ngơi. Khoảng 95,8% người bệnh có thực hành tuân thủ điều trị đúng; trong đó 87,5% đo HA hàng ngày; 100% tuân thủ dùng thuốc; 76% thực hiện chế độ ăn nhạt; 97,9% NB bỏ rượu bia; 93,8% NB bỏ hút thuốc lá, thuốc láo; 88,5% luyện tập thể dục thể thao hàng ngày; 63,5% đi khám định kỳ hàng tháng. **Kết luận:** Tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh tăng huyết áp và kiến thức cũng như thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, kiến thức, tuân thủ điều trị

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF TREATMENT ADHERENCE AMONG OUTPATIENT HYPERTENSIVE PATIENTS AT HUU NGHİ HOSPITAL 2024

Objective: To describe the current status of knowledge and practice of treatment compliance of hypertensive patients receiving outpatient treatment at Huu Nghi Hospital. **Subject and research method:** Cross-sectional descriptive study with analysis on 96 patients receiving outpatient treatment at Huu Nghi Hospital. **Results:** The study showed that 100% of patients understood that hypertension is a chronic disease and had knowledge about complications as well as measures and purposes of monitoring and treating hypertension; 94.8% of patients understood the blood pressure index level that needs to be achieved <140/90mmHg; 14.6% of patients thought that hypertension is a disease with a cause; 95.8% of patients understood how to monitor blood pressure at home and 100% had knowledge about how to use medication, nutrition and rest. About 95.8% of patients practiced proper treatment adherence; of which 87.5% measured blood pressure daily; 100% adhered to taking medication; 76% followed a low-salt diet; 97.9% of patients quit drinking alcohol; 93.8% of patients quit smoking cigarettes and tobacco; 88.5% exercised daily; 63.5% went for monthly check-ups. **Conclusion:** Continue to promote health education and communication on hypertension and knowledge and practice of adherence to hypertension treatment. **Keywords:** Hypertension, knowledge, adherence to treatment

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Phương
Email: phuongptt@hmtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025
Ngày duyệt bài: 01.4.2025