

IV. KẾT LUẬN

Khi so sánh hiệu quả của kháng sinh dự phòng với kháng sinh điều trị sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, kết quả cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản trong thời gian nằm viện và sau 30 ngày xuất viện không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhóm sử dụng kháng sinh dự phòng có thời gian nằm viện ngắn hơn một cách có ý nghĩa.

Việc giảm số ngày điều trị và số lượng kháng sinh sử dụng giúp giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân. Bên cạnh đó, số mũi tiêm kháng sinh dự phòng cũng ít hơn so với kháng sinh điều trị, góp phần giảm khối lượng công việc cho nhân viên y tế và đặc biệt có lợi đối với những bệnh nhân sợ tiêm truyền. Hơn nữa, việc sử dụng ít liều kháng sinh giúp hạn chế nguy cơ gặp phải các tác dụng không mong muốn của thuốc.

V. KHUYẾN NGHỊ

1. Tiếp tục triển khai và duy trì việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm gánh nặng chi phí cho bệnh nhân.

2. Từng bước cải thiện quy trình chăm sóc và kiểm soát nhiễm khuẩn, hướng đến việc thay thế dần phác đồ kháng sinh điều trị thường quy sau mổ lấy thai trước đây, góp phần giảm thiểu

nguy cơ kháng kháng sinh và nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (24/03/2023), "Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn vết mổ", Quyết định 1526/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn vết mổ.
2. **Bộ Y tế** (2012), "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ", 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế.
3. **Võ Văn Chính, Thị Như Quỳnh Trần, và Minh Tâm Lê** (2023), "Nghiên cứu hiệu Quả sử dụng kháng Sinh dự phòng Trong mổ lấy Thai tại Bệnh viện Bình An, Quảng Nam". Tạp Chí Phụ sản 21 (3), 9-14, doi.org/10.46755/vjog.2023.3.1621.
4. **Trần Thị Ngọc Hạnh** (2019-2020), "Khảo sát kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản nhi Cà Mau", Tạp chí Y học Cộng đồng 63, 10.52163/yhc.v63i8.528
5. **Huỳnh Ngọc Phước và Bùi Chí Thương** (2023), "Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở thai phụ mổ lấy thai chủ động được sử dụng kháng sinh dự phòng cefazolin tại bệnh viện nhân dân Gia Định", Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 526, số 1B.
6. **Nguyễn Thị Kim Thu và Nguyễn Thị Hương Ly** (2021), "Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ lấy thai tại Khoa Sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", tạp chí Y Dược lâm sàng 108. Tập 16 - Số 4/2021.
7. **American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)** (2014), "Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery", tr. 734-819
8. **World Health Organization** (2018), "Global guidelines for the prevention of surgical site infection".

ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM Ở BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG LYNCH: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Nguyễn Thái Học¹

TÓM TẮT

U thần kinh đệm gặp 1-6% các bệnh nhân mắc hội chứng Lynch, trong đó u não thường gặp là u nguyên bào thần kinh đệm (chiếm 56% nhóm u não ở bệnh nhân mắc hội chứng Lynch). Khối u não xảy ra ở 14% các trường hợp mang đột biến gen MSH2, nên chụp cộng hưởng từ sọ não từ 6 đến 12 tháng một lần để sớm phát hiện các khối u não ở nhóm gia đình có hội chứng Lynch mang gen đột biến MSH2. Điều trị u nguyên bào thần kinh đệm ở bệnh nhân có hội chứng Lynch bao gồm phẫu thuật cắt bỏ tối đa khối u não và

điều trị hóa xạ trị phác đồ Stupp, việc điều trị miễn dịch cho thấy hiệu quả tăng thời gian sống thêm trong những báo cáo ca lâm sàng riêng lẻ. **Báo cáo ca bệnh:** chúng tôi báo cáo về 2 trường hợp được chẩn đoán u nguyên bào thần kinh đệm ở bệnh nhân có tiền sử điều trị ung thư đại tràng, có đột biến gen PMS2, các bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u não và điều trị hóa xạ trị đồng thời theo phác đồ Stupp. Bệnh ổn định và không tái phát ở thời điểm khám lại 12-24 tháng sau phẫu thuật.

Từ khóa: u nguyên bào thần kinh đệm, hội chứng Lynch, phẫu thuật

SUMMARY

TREATMENT OF GLIOBLASTOMA IN PATIENTS WITH LYNCH SYNDROME: A RARE CASE REPORT

Gliomas occur in 1-6% of patients with Lynch syndrome, the most common brain tumor being glioblastoma (accounting for 56% of brain tumors in

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

patients with Lynch syndrome). Brain tumors occur in 14% of cases with MSH2 mutations, so brain MRI should be performed every 6 to 12 months to detect brain tumors early in families with Lynch syndrome carrying MSH2 mutations. Treatment of glioblastoma in patients with Lynch syndrome includes maximal resection of the brain tumor and Stupp chemotherapy and radiotherapy, and immunotherapy has been shown to increase survival in individual case reports.

Case report: We reported on 2 cases diagnosed with glioblastoma in patients with a history of colon cancer treatment, with PMS2 gene mutation, both patients underwent total brain tumor resection and concurrent chemoradiotherapy according to Stupp protocol. The disease was stable and did not recur at the time of follow-up examination 12-24 months after surgery.

Keywords: glioblastomas, Lynch syndrome, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Lynch (LS) là hội chứng ung thư di truyền, thường liên quan đến ung thư đại trực tràng, nghiên cứu của Hampel¹ cho thấy hội chứng Lynch gặp từ 2% đến 3% ở các bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Hội chứng Lynch là do đột biến dòng mầm ở các gen sửa chữa không khớp DNA (MMR) MLH1, MSH2, MSH6 và PMS2. Ngoài ra, sự sắp xếp lại bộ gen trong gen phân tử kết dính tế bào biểu mô EPCAM có thể dẫn đến sự im lặng của gen MSH2 có liên kết chặt chẽ trong các mô biểu hiện EPCAM. Hội chứng Lynch làm tăng nguy cơ mắc các bệnh ác tính ngoài đại tràng liên quan đến nội mạc tử cung, dạ dày, buồng trứng, ruột non, biểu mô gan mật, biểu mô niệu quản và não^{2,3}. U não xảy ra ở 1%–6% các trường hợp bệnh nhân mắc hội chứng Lynch, trong đó u nguyên bào thần kinh đệm là loại phổ biến nhất³. Mối liên hệ giữa ung thư đại trực tràng và khối u não được phát hiện sớm và được gọi là hội chứng Turcot⁴. Về mặt di truyền học hội chứng này có thể là do đột biến gen MMR với sự phát triển kiểu hình thành u thần kinh đệm (gọi là hội chứng Turcot loại I) hoặc đột biến gen APC phát triển thành U nguyên thủy bào trong bệnh đa polyp tuyến gia đình (hội chứng Turcot loại II)⁵. Những cá nhân có đột biến gen MMR dòng mầm lưỡng bội gọi là hội chứng suy giảm sửa chữa bắt cặp sai do đột biến bẩm sinh (CMMR-D) biểu hiện ra các bệnh lý ung thư hay gặp lúc thơ ấu như ung thư hệ tạo huyết, ung thư hệ thần kinh trung ương (bao gồm u nguyên bào thần kinh đệm). Có một hội chứng cũng liên quan đến u nguyên bào thần kinh đệm gọi là hội chứng Muir – Tore, là một biến thể của hội chứng Lynch (chủ yếu liên quan đến đột biến gen MSH2) đặc trưng bởi đa u da bã. Các nghiên cứu gần đây đã làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh và điều trị u thần kinh đệm nói

chúng và u nguyên bào thần kinh đệm thiếu MMR, bao gồm cả u nguyên bào thần kinh đệm liên quan đến hội chứng Lynch. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo 02 ca lâm sàng kết quả điều trị u nguyên bào thần kinh đệm ở bệnh nhân có hội chứng Lynch và hồi cứu y văn.

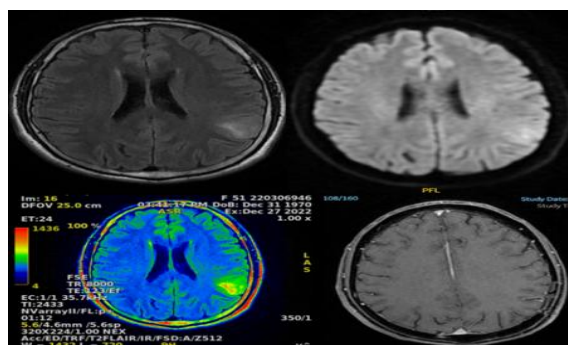
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 02 ca bệnh được chẩn đoán u nguyên bào thần kinh đệm tại não tại bệnh viện K từ 2022-2024. Bệnh nhân được làm đột biến gen để chẩn đoán hội chứng Lynch, và khai thác tiền sử bệnh tật của gia đình bệnh nhân.

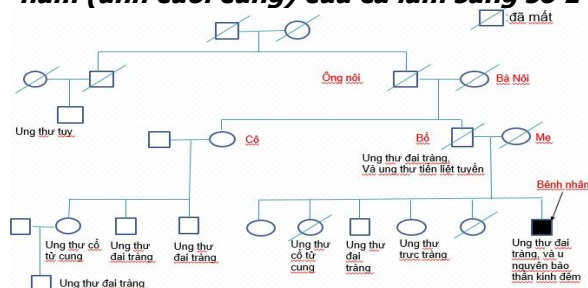
Phương pháp mô tả ca bệnh hiếm gặp và nhìn lại y văn về đặc điểm mô bệnh học, chẩn đoán và điều trị u nguyên bào thần kinh đệm ở bệnh nhân có hội chứng Lynch.

III. BÁO CÁO CA BỆNH

Ca lâm sàng số 1: Bệnh nhân nam 52 tuổi đã được chẩn đoán ung thư đại tràng phải pT1NoMo vào tháng 09/2022 đã được phẫu thuật cắt bỏ nửa đại tràng phải và nạo vét hạch. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa phải (độ 2), xâm lấn lớp dưới niêm mạc, xét nghiệm không có di căn hạch bạch huyết. Về tiền sử gia đình có bố ruột mất vì ung thư đại tràng, có hai em họ cũng như cháu họ bị bệnh ung thư đại tràng trước 40 tuổi. Bệnh nhân khám lại định kỳ, được chụp cắt lớp vi tính ngực bụng, soi dạ dày đại tràng không có biểu hiện ung thư đại tràng tái phát sau phẫu thuật. Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật u đại tràng, bệnh nhân có biểu hiện thỉnh thoảng đau đầu vùng chẩm, đã được chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não phát hiện tổn thương nhỏ 4x6mm tại thùy chẩm trái, chuỗi xung Spectro có biểu hiện giảm đỉnh NAA và tăng đỉnh Choline, tỷ lệ Choline/NAA là 1,16 (Hình 1), các thăm khám toàn thân (chụp cắt lớp ngực bụng, PET CT, soi dạ dày đại tràng) không phát hiện các khối bất thường khác trên cơ thể. Bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy toàn bộ khối u vùng chẩm trái. Kết quả hoá mô miễn dịch sau mổ: u thần kinh đệm độ IV, không có đột biến IDH. Xét nghiệm gen: biểu hiện đột biến gen PMS2 và MLH1; không có gen đột biến MSH2 và MSH6 Sau đó 4 tuần bệnh nhân đã được điều trị theo phác đồ Stupp (xạ trị và hóa trị đồng thời với Temozolomide trong 6 tuần, sau đó duy trì thuốc Temozolomide uống trong 6 tháng). Bệnh nhân được khám định kỳ, tại thời điểm 2 năm sau phẫu thuật u não, không thấy khối u tái phát, kiểm tra đại trực tràng không có khối u tái phát.

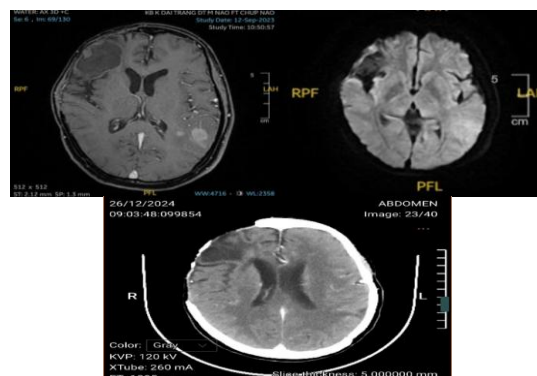


Hình 1: Cộng hưởng từ trước mổ (03 ảnh đầu tiên) và hình ảnh sau phẫu thuật 3 năm (ảnh cuối cùng) của ca lâm sàng số 1



Sơ đồ 1: Sơ đồ phá hệ và ung thư mắc phải của gia đình bệnh nhân số 1

Ca lâm sàng số 2: Bệnh nhân nữ 36 tuổi, tiền sử có bố, chú ruột và hai anh em họ đều bị ung thư đại tràng. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng sigma từ năm 2012, được điều trị phẫu thuật, hóa chất Xelox 6 chu kỳ. Năm 2020 bệnh tái phát xâm lấn trực tràng được phẫu thuật, làm HMNT, hóa chất Xelox 4 chu kỳ + Capecitabine uống 2 đợt. Bệnh nhân được xét nghiệm gen: có đột biến gen PMS2. Năm 2021, bệnh nhân xuất hiện cơn co giật toàn thể, chụp cộng hưởng từ sọ não, phát hiện có khối u vùng thái dương phải, được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u não vùng thái dương trái, kết quả giải phẫu bệnh là u nguyên bào thần kinh đệm độ IV, được điều trị hóa xạ trị đồng thời theo phác đồ Stupp. Năm 2023 (tại thời điểm 2 năm sau phẫu thuật khối u não lần 1), bệnh nhân tái khám phát hiện tổn thương mới thùy thái dương trái, khối u vùng thái dương phải đã phẫu thuật không thấy tái phát, kiểm tra ổ bụng và chụp PET không phát hiện khối u đại tràng tái phát. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u não vùng thái dương chẩm bên trái, kết quả giải phẫu bệnh: u thần kinh đệm độ IV, người bệnh được điều trị xạ trị vùng thái dương trái và hóa trị Temozolomide theo phác đồ Stupp. Kết quả khám lại tại thời điểm 1 năm sau phẫu thuật lần 2: không có khối u tái phát ở thái dương trái và thái dương phải



Hình 2: Hình ảnh cộng hưởng từ trước mổ
u não lần 2, và hình ảnh Cắt lớp vi tính sau
điều trị phẫu thuật và hóa xạ trị lần 2
(không thấy khối ngấm thuốc)

IV. BÀN LUẬN

U não nguyên phát hiếm gặp ở hội chứng Lynch (LS), với nguy cơ suốt đời ước tính từ 1% đến 6%^{8,9}. Tuy nhiên, những người mắc hội chứng Lynch có nguy cơ mắc u não cao gấp bốn lần, chủ yếu là u thần kinh đệm cấp độ cao⁸. Trong một nghiên cứu về 288 gia đình mắc LS, 14% gia đình có tiền sử mắc u não, trong đó 68% có đột biến gen MSH2 và 56% là u nguyên bào thần kinh đệm⁶. Việc xác định bệnh nhân GBM liên quan đến LS sẽ dẫn đến chẩn đoán sâu hơn thông qua sàng lọc theo tầng, xét nghiệm và theo dõi ung thư đối với các thành viên gia đình có nguy cơ. Chiến lược xác định u nguyên bào thần kinh đệm liên quan đến hội chứng Lynch bao gồm: [Tiền sử cá nhân và gia đình (như sơ đồ 1) và xét nghiệm gen. Hiện nay, có hai cách tiếp cận chung để chẩn đoán hội chứng Lynch: thứ nhất là sàng lọc phân tử các mẫu khối u đại tràng và nội mạc tử cung để tìm bằng chứng về chức năng gen sửa chữa (MMR) bị khiếm khuyết (MMR-D) hoặc sự bất ổn vệ tinh ở mức độ cao (MSI-H) để xác định những bệnh nhân ung thư cần tiến hành xét nghiệm dòng mầm để tìm các đột biến gen MMR gây bệnh; hoặc cách hai là xét nghiệm dòng mầm trực tiếp được thực hiện trên những bệnh nhân có tiền sử ung thư cá nhân và/hoặc gia đình nghi ngờ mắc hội chứng Lynch. Xét nghiệm phân tử đã thu hút sự chú ý đặc biệt trong những năm gần đây vì độ nhạy và độ đặc hiệu của nó trong việc chẩn đoán những người mắc hội chứng Lynch, cũng như ý nghĩa của nó về việc tiên lượng và điều trị. Theo quan điểm chẩn đoán hội chứng Lynch, bốn xét nghiệm bệnh lý chính có thể hỗ trợ xác định phân tử những bệnh nhân ung thư có khả năng mắc hội chứng Lynch: thứ nhất là xét nghiệm MSI dựa trên phản ứng chuỗi

polymerase (PCR); thứ hai là nhuộm hoá mô miễn dịch [IHC]) đối với protein MMR; thứ ba là phân tích methyl hóa vùng khởi động MLH1 (hay phân tích đột biến BRAF V600E thể soma); và (4) xét nghiệm giải trình tự thể soma (và/hoặc dòng mầm) thể hệ tiếp theo. Trong một nghiên cứu mới công bố của Georgescu¹⁰ (2024) về 216 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm, loại u này được chia dưới nhóm gồm 7 loại từ G1 đến G7. Ông thấy chỉ có 5 bệnh nhân có đột biến gen MMR và được xếp thành nhóm G3/MMR, thời gian sống trung bình của nhóm này chỉ là 3,25 tháng (thời gian sống thêm trung bình các nhóm khác từ 8 đến 20 tháng).

Về chẩn đoán u thần kinh đệm trong hội chứng Lynch: trong nghiên cứu của chúng tôi cả hai ca lâm sàng đều phát hiện u não ở thời điểm khám lại sau khi kết thúc điều trị hóa xạ trị ung thư đại tràng. Bệnh nhân thứ nhất phát hiện sau 6 tháng điều trị ung thư đại tràng và giải phẫu bệnh tại não là U thần kinh đệm độ IV, không đột biến IDH và có đột biến gen MSH2, còn bệnh nhân thứ hai phát hiện u não sau 09 năm và giải phẫu bệnh tại não là U thần kinh đệm độ IV, không đột biến IDH và có đột biến gen PMS2. Trong báo cáo của Therkildsen⁶ (2014) số ca u não gặp trong 41/288 (14%) ca có hội chứng Lynch, trong đó U nguyên bào thần kinh đệm là nhóm hay gặp nhất chiếm 56%, tiếp theo là u tế bào hình sao chiếm 22% và u thần kinh đệm ít nhanh chỉ chiếm có 9%. Trong số 26 ca u thần kinh đệm có 24 trường hợp là U thần kinh đệm độ cao (độ III và IV). Bên cạnh đó trong số những bệnh nhân bị mắc u não có 68% đột biến gen MSH2, 15% đột biến gen MLH1, 15% đột biến gen MSH6 và 2% có đột biến gen PMS2. Sự thiếu hụt MMR được biết là làm tăng nguy cơ mắc và đẩy nhanh sự phát triển các khối u tại não. Về sự đột biến lưỡng bội gen MMR, một bệnh nhân 10 tuổi trong báo cáo này phát hiện đột biến hai gen là MSH6 và gen PMS2 và mắc u nguyên bào thần kinh. Việc đột biến lưỡng bội gen MMR được báo cáo ở 150 ca bệnh trong đó có 78 bệnh nhân được chẩn đoán mắc khối u não với độ tuổi trung bình là 10 (Từ 2 đến 40 tuổi). Dữ liệu hiện tại cho thấy ở những bệnh nhân mắc hội chứng CMMR-D có đột biến lưỡng bội là MSH6 và PMS2 có thể gây ra nguy cơ cao mắc các khối u não^{6,7}. Các tác giả đều cho rằng^{5,6,7}: trong hội chứng Lynch, khối u não xảy ra ở 14% các trường hợp mang đột biến gen MSH2, do đó họ khuyến cáo rằng trong nhóm này nên chụp cộng hưởng từ sọ não từ 6 đến 12 tháng một lần để sớm phát hiện các khối u não ở nhóm gia đình có hội chứng Lynch.

Về điều trị u thần kinh đệm độ cao trong hội chứng Lynch: Ở ca lâm sàng thứ nhất bệnh nhân được chỉ định vi phẫu lấy toàn bộ u và sau đó điều trị chuẩn theo phác đồ Stupp, sau khi điều trị và theo dõi 3 năm không thấy khối u tái phát. Còn tại ca lâm sàng thứ hai vì khối u não thùy thái dương phải nên trong phẫu thuật lần đầu bệnh nhân được cắt toàn bộ khối u và điều trị hóa xạ trị phác đồ Stupp. Theo dõi sau 2 năm bệnh nhân không thấy khối u tái phát ở thái dương bên phải, nhưng xuất hiện khối u mới vùng thái dương bên trái, được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u và điều trị hóa xạ trị phác đồ Stupp với khối u bên thái dương bên trái này. Về phác đồ điều trị cơ bản của u thần kinh đệm độ cao trong hội chứng Lynch hiện nay vẫn bao gồm phẫu thuật lấy tối đa khối u theo sau đó được bổ trợ bằng phác đồ Stupp gồm hoá xạ đồng thời 60 Gy và Temozolomide 75mg/m²/ngày sau đó duy trì tiếp Temozolomide theo phác đồ 5/28 ngày trong 6 chu kỳ với liều từ 150mg/m²/ngày. Trong những báo cáo gần đây của các tác giả Nakase³ báo cáo ca lâm sàng đều được điều trị bổ trợ bằng liệu pháp miễn dịch Nivolumab và Pembrolizumad sau khi điều trị phác đồ Stupp hoặc u tái phát cho kết quả khả quan.

V. KẾT LUẬN

U thần kinh đệm gặp 1-6% các bệnh nhân mắc hội chứng Lynch, trong đó u não thường gặp là u nguyên bào thần kinh đệm (chiếm 56% nhóm u não ở bệnh nhân mắc hội chứng Lynch). Khối u não xảy ra ở 14% các trường hợp mang đột biến gen MSH2, nên chụp cộng hưởng từ sọ não từ 6 đến 12 tháng một lần để sớm phát hiện các khối u não ở nhóm gia đình có hội chứng Lynch mang gen đột biến MSH2. Điều trị u nguyên bào thần kinh đệm ở bệnh nhân có hội chứng Lynch bao gồm phẫu thuật cắt bỏ tối đa khối u não và điều trị hóa xạ trị phác đồ Stupp, việc điều trị miễn dịch cho thấy hiệu quả tăng thời gian sống thêm trong những báo cáo ca lâm sàng riêng lẻ.

Báo cáo ca bệnh: chúng tôi báo cáo về 2 trường hợp được chẩn đoán u nguyên bào thần kinh đệm ở bệnh nhân có tiền sử điều trị ung thư đại tràng, có đột biến gen PMS2, các bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u não và điều trị hóa xạ trị đồng thời theo phác đồ Stupp. Bệnh ổn định và không tái phát ở thời điểm khám lại 12-24 tháng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hampel, H.; Frankel, W.L.; Martin, E.; Arnold, M.; Khanduja, K.; Kuebler, P.; Clendenning, M.; Sotamaa, K.; Prior, T.;

- Westman, J.A.; et al.** Feasibility of screening for Lynch syndrome among patients with colorectal cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26, 5783–5788.
2. **De Jong, A.E.; Morreau, H.; van Puijenbroek, M.; Eilers, P.H.; Wijnen, J.; Nagengast, F.M.; Griffioen, G.; Cats, A.; Menko, F.H.; Kleibeuker, J.H.** The role of mismatch repair gene defects in the development of adenomas in patients with HNPCC. *Gastroenterology* 2004; 126, 42–48.
 3. **Nakase K, Matsuda R, Sasaki S, Nakagawa I.** Lynch Syndrome-Associated Glioblastoma Treated With Concomitant Chemoradiotherapy and Immune Checkpoint Inhibitors: Case Report and Review of Literature. *Brain Tumor Res Treat.* 2024 Jan;12(1):70-74
 4. **Turcot J, Despres JP, St Pierre F.** Malignant tumors of the central nervous system associated with familial polyposis of the colon: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1959; 2: 465–468.
 5. **Paraf F, Jothy S, Van Meir EG.** Brain tumor-polyposis syndrome: two genetic diseases? *J Clin Oncol* 1997; 15: 2744–2758.
 6. **Therkildsen C, Ladelund S, Rambech E, Persson A, Petersen A, Nilbert M.** Glioblastomas, astrocytomas and oligodendrogliomas linked to Lynch syndrome. *Eur J Neurol.* 2015 Apr;22(4):717-24. doi: 10.1111/ene.12647. Epub 2015 Jan 19. PMID: 25648859.
 7. **De Rosa M, Fasano C, Panariello L, Scarano MI, Belli G, Iannelli A, Ciciliano F, Izzo P.** Evidence for a recessive inheritance of Turcot's syndrome caused by compound heterozygous mutations within the PMS2 gene. *Oncogene.* 2000 Mar 23;19(13):1719-23. doi: 10.1038/sj.onc.1203447. PMID: 10763829.
 8. **Vasen HF, Stormorken A, Menko FH, Nagengast FM, Kleibeuker JH, Griffioen G, et al.** MSH2 mutation carriers are at higher risk of cancer than MLH1 mutation carriers: a study of hereditary nonpolyposis colorectal cancer families. *J Clin Oncol* (2001) 19:4074–80. doi: 10.1200/JCO.2001.19.20.4074.
 9. **Barrow E, Robinson L, Alduaij W, Shenton A, Clancy T, Laloo F, et al.** Cumulative lifetime incidence of extracolonic cancers in Lynch syndrome: a report of 121 families with proven mutations. *Clin Genet* (2009) 75:141–9. doi: 10.1111/j.1399-0004.2008.01125.x
 10. **Georgescu, M.-M.** (2024). Adult glioblastoma with Lynch syndrome-associated mismatch repair deficiency forms a distinct high-risk molecular subgroup. *Free Neuropathology*, 5, 32.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP KHÔNG BIẾN CHỨNG BẰNG KHÁNG SINH SO VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA

Mai Văn Duyệt*, Phạm Văn Năng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh có thể là lựa chọn thay thế phẫu thuật với hiệu quả tương đương. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh so với phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu nhàn mở, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, thiết kế không kém hơn, thực hiện trên 311 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 05/2022 đến 02/2025. Trong đó, 151 bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh, 160 bệnh nhân phẫu thuật nội soi. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm phúc mạc sau 30 ngày không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm (1,99% ở nhóm kháng sinh và 1,88% ở nhóm phẫu thuật; chênh lệch 0,11%; 95% CI: -3,17 đến 2,95). Thời gian nghỉ ốm nhóm kháng sinh ngắn hơn ($4,52 \pm 1,13$ ngày so với $6,57 \pm 1,09$ ngày; $p < 0,001$). Tỷ lệ biến chứng chung cao hơn ở nhóm kháng sinh (7,5% so với 3,31%; $p = 0,134$), nhưng tỷ lệ thành công trong 1 năm lại cao hơn (93,13% so với 83,44%; $p =$

0,018). Tỷ lệ tái phát tại thời điểm 1 năm ở nhóm kháng sinh là 17,21%. Không ghi nhận ca tử vong nào trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** Điều trị viêm ruột thừa cấp không biến chứng bằng kháng sinh có thể thành công với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và thời gian phục hồi ngắn hơn. Tuy nhiên, vẫn chưa đủ cơ sở để kết luận tính không kém hơn so với phẫu thuật trong thời gian theo dõi 1 năm. **Từ khóa:** Điều trị bảo tồn, phẫu thuật cắt ruột thừa, kháng sinh.

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOMES OF ANTIBIOTIC TREATMENT VERSUS LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY FOR ACUTE UNCOMPLICATED APPENDICITIS

Background: Recent studies suggest that antibiotic treatment for uncomplicated acute appendicitis may be an effective alternative to surgery, with comparable outcomes. **Objective:** To evaluate the outcomes of antibiotic therapy compared to laparoscopic appendectomy in the treatment of acute appendicitis. **Subjects and Methods:** This was an open-label, randomized controlled, non-inferiority clinical trial involving 311 patients diagnosed with acute appendicitis at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2022 to February 2025. Among them, 151 patients received antibiotic treatment, while 160 underwent laparoscopic surgery. **Results:** The 30-day peritonitis rate showed no

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Năng
Email: pvnang@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2025
Ngày duyệt bài: 28.3.2025