

ĐẶC ĐIỂM VỎ GIẢ BAO QUANH U TRÊN XQUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BIỂU MÔ THẬN

Trịnh Đình Phương Thảo¹, Lê Đặng Quế Trâm¹, Đặng Ngọc Thạch²,
Bùi Anh Thắng², Lưu Ngọc Bảo Trân², Nghiêm Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh vỏ giả bao quanh u của ung thư biểu mô thận (UTBMT) trên Xquang cắt lớp vi tính (XQCLVT) và nghiên cứu giá trị XQCLVT trong chẩn đoán vỏ giả bao quanh u của UTBMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 145 trường hợp (TH) được chẩn đoán xác định UTBMT tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2022 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58 ± 12 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-70 tuổi (chiếm 63,5%); giới nam chiếm ưu thế 62,8% với tỉ lệ nam/nữ là 1,68/1. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy UTBMT loại tế bào sáng chiếm đa số 69/145 TH (tỉ lệ 48%), tỉ lệ vỏ giả bao quanh u trên XQCLVT là 85/145 TH (chiếm 58,6%), được phát hiện trên thì vỏ tủy với tỉ lệ cao nhất là 44,8%. Nghiên cứu cho thấy không có mối tương quan giữa kích thước khối u thận và đặc điểm vỏ giả bao quanh u, ngược lại có mối tương quan với các đặc điểm xâm lấn vỏ bao thận, xâm lấn mỡ quanh thận, xâm lấn mỡ xoang thận và xâm lấn mạch máu. Trên XQCLVT, khả năng phát hiện vỏ giả bao ở thì vỏ tủy cao nhất với độ nhạy 57%, độ đặc hiệu 98%, giá trị tiên đoán dương 96%, giá trị tiên đoán âm 50%. Liên quan đến độ mô học, XQCLVT có giá trị chẩn đoán vỏ giả bao với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt đối với UTBMT tế bào sáng là 95%, 59%, 78%, 84%; đối với UTBMT tế bào nhú là 96%, 55%, 72%, 91%, đối với UTBMT tế bào kỵ màu là 90%, 50%, 73%, 66%. **Kết luận:** XQCLVT có giá trị cao trong việc khảo sát vỏ giả bao quanh u trong UTBMT, giúp bác sĩ lâm sàng dự kiến được loại tế bào học lành hoặc ác của u, sự xâm lấn u vào các nhu mô lân cận, đánh giá giai đoạn u, khả năng bóc tách u nhằm lựa chọn phương pháp mổ phẫu thuật thích hợp.

Từ khóa: Xquang cắt lớp vi tính, ung thư biểu mô thận, vỏ giả bao, mô học.

SUMMARY

PERITUMORAL PSEUDO CAPSULE FEATURES ON COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF RENAL CELL CARCINOMA

Objective: To describe the imaging characteristics of the pseudocapsule of renal cell carcinoma (RCC) on computed tomography (CT) and to evaluate the diagnostic value of CT in detecting tumor pseudocapsules in RCC. **Methods:** A

retrospective study was conducted on 145 confirmed cases of RCC diagnosed at Binh Dan Hospital from January 2022 to April 2024. **Results:** The mean age of the study population was 58 ± 12 years, with the most commonly affected age group being 50–70 years (63,5%). Males (62,8%) predominated with a male-to-female ratio of 1,68:1. Histopathological results revealed that clear cell RCC was the most common subtype, accounting for 69 out of 145 cases (48%). The presence of a tumor pseudocapsule on CT was detected in 85 out of 145 cases (58,6%), with the corticomedullary phase yielding the highest detection rate (44,8%). The study found no correlation between tumor size and the characteristics of the pseudocapsule. However, there was a correlation between the presence of a pseudocapsule and renal capsular invasion, perinephric fat invasion, renal sinus fat invasion, and vascular invasion. On CT, the corticomedullary phase had the highest sensitivity for pseudocapsule detection, with a sensitivity of 57%, specificity of 98%, positive predictive value (PPV) of 96%, and negative predictive value (NPV) of 50%. In terms of histologic subtypes, CT showed diagnostic value in detecting the pseudocapsule with the following performance: for clear cell RCC: sensitivity 95%, specificity 59%, PPV 78%, NPV 84%; for papillary RCC: sensitivity 96%, specificity 55%, PPV 72%, NPV 91%, for chromophobe RCC: sensitivity 90%, specificity 50%, PPV 73%, NPV 66%. **Conclusion:** CT imaging plays a significant role in evaluating the tumor pseudocapsule in RCC. It aids clinicians in predicting the histologic subtype (benign vs malignant features), assessing tumor invasion into adjacent structures, staging, and determining the feasibility of tumor enucleation—thereby guiding appropriate surgical planning.

Keywords: Computed tomography, renal cell carcinoma, pseudocapsule, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô thận (UTBMT) chiếm khoảng 2% của toàn bộ các loại ung thư của người lớn và đại diện trên 90% các u ác tính ở thận, thường xuất hiện ở người lớn trên 50 tuổi với tỷ lệ nam giới nhiều gấp hai lần so với nữ giới¹. Hầu như bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng, đa số phát hiện tình cờ hoặc khi đến khám thì đã có di căn. Do đó việc ứng dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp phát hiện giai đoạn sớm u thận, chẩn đoán xác định tổn thương thận lành tính hay ác tính, phân loại giai đoạn u nhằm đưa ra các chỉ định phẫu thuật phù hợp giúp điều trị bảo tồn thận trong một số điều kiện nhất định. UTBMT thường có lớp vỏ giả bao do một lớp mô liên kết tăng trưởng bao quanh

¹Bệnh viện An Bình

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthaoy2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

khối u gây chèn ép gây thiếu máu ở mô thận kế cận, vỏ giả bao hoàn chỉnh có thể ngăn chặn các tế bào khối u xâm nhập vào nhu mô thận lân cận và tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện phẫu thuật bảo tồn. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh vỏ giả bao quanh u và nghiên cứu giá trị XQCLVT trong chẩn đoán vỏ giả bao quanh u của UTBMT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tất cả bệnh nhân >18 tuổi có phẫu thuật u thận có kết quả giải phẫu bệnh là UTBMT
- Bệnh nhân có chụp XQCLVT vùng bụng có tiêm thuốc cản quang tại Bệnh viện Bình Dân
- Có hồ sơ, hình XQCLVT của bệnh nhân còn lưu trữ

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã can thiệp ngoại khoa u thận trước đó
- U thận >7cm
- Kết quả giải phẫu bệnh không rõ ràng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu.

Tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính tỷ lệ phần trăm.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

N là cỡ mẫu tối thiểu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê, ở đây chọn mức ý nghĩa thống kê = 5% nên $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p là tỷ lệ ước đoán, ở đây là 0,76.

d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận được, ở nghiên cứu này chọn; $d = 0,07$; Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 143 bệnh nhân

* Kỹ thuật thu thập số liệu:

- Kích thước u được đo trên ba trục theo mặt phẳng tái tạo của u, đo kích thước lớn nhất theo đơn vị cm.

- Đánh giá xâm lấn mỡ quanh thận, mỡ xoang thận, vỏ bao thận, mạch máu trong thận của ung thư tế bào thận

- Vỏ giả bao quanh u ghi nhận viền giảm đậm độ ở thì vô tủy, viền tăng đậm độ ở thì thận hoặc thì bài tiết

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 25.0 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp). Phép kiểm Chi bình phương (Chi-squared test) dùng để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm nghiên cứu hoặc phép kiểm chính

xác Fisher (Fisher's exact test) khi có > 20% tần số mong đợi trong bảng < 5. Các phép kiểm được xem có ý nghĩa thống kê khi giá trị $P < 0,05$. Dùng phép kiểm Student t-test và Mann-Whitney U để so sánh các biến định lượng của 2 nhóm, dùng phép kiểm ANOVA một chiều để so sánh trung bình biến số định lượng ở k nhóm (≥ 3 nhóm). Đối với các biến số có phân phối không chuẩn dùng phép kiểm Mann – Whistney để so sánh 2 trị số trung bình và dùng phép kiểm Kruskal-Wallis khi so sánh hơn 2 trị số trung bình. Các phép kiểm được xem có ý nghĩa thống kê khi giá trị $P < 0,05$.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024 tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi ghi nhận có 145 trường hợp được chẩn đoán xác định UTBMT thỏa điều kiện chọn bệnh. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58 ± 12 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-70 tuổi (chiếm 63,5%); giới nam chiếm ưu thế 62,8% với tỉ lệ nam/ nữ là 1,68/1.

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy UTBMT loại tế bào sáng chiếm đa số 69/145 TH (tỉ lệ 48%), tiếp đó là loại tế bào nhú chiếm 45/145 TH (tỉ lệ 31%) và loại tế bào kỵ màu chiếm 25/145 TH (tỉ lệ 17%). Phân độ mô học độ 2 chiếm nhiều nhất 63/145 TH (tỉ lệ 43%), độ 1 chiếm 24/145 TH (tỉ lệ 16%), độ 3 chiếm 30/145 TH (tỉ lệ 20%), độ 4 chiếm 24/145 TH (tỉ lệ 2%).



Hình 1. U thận trái ở mặt phẳng axial thì thận đồ, có vỏ giả bao viền tăng đậm độ quanh u

Nguồn: Danh M. Mã nhập viện: 2023/26987

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ vỏ giả bao quanh u trên XQCLVT là 85/145 TH (chiếm 58,6%). Nghiên cứu cho thấy không có mối tương quan giữa kích thước khối u thận và đặc điểm vỏ giả bao u trên XQCLVT ($p=0,115$) (bảng 2); ngược lại có mối tương quan có các đặc điểm xâm lấn vỏ bao thận, xâm lấn mỡ quanh thận, xâm lấn mỡ xoang thận và xâm lấn mạch máu (bảng 3).

Bảng 1. Đặc điểm vò giả bao trên các thì chụp XQCLVT

	Dấu hiệu vò giả bao trên XQCLVT (+)	Tỉ lệ	p
Thì vỏ tuỷ	38	44,8%	0,000
Thì thận	32	37,6%	
Thì bài tiết	15	17,6%	
Tổng số	85	100%	

Bảng 2. Tương quan đặc điểm vò giả bao trên XQCLVT với kích thước u

Kích thước	Có vò giả bao u	Không vò giả bao u	p
≤4cm	55	31	0,115*
4-7cm	30	29	
Tổng cộng	85	60	

(*): phép kiểm Chi bình phương

Bảng 3. Tương quan đặc điểm vò giả bao u với đặc điểm hình ảnh khối u trên XQCLVT

Đặc điểm		Có vò giả bao u	Không vò giả bao u	p
Thận	Phải	40	32	0,457
	Trái	45	28	
Vị trí	Cực trên thận	25	12	0,029
	Cực giữa thận	43	24	
	Cực dưới thận	17	24	
Xâm lấn vỏ bao thận		29	24	0,469
Xâm lấn mỡ quanh thận		2	11	0,001
Xâm lấn mỡ xoang thận		4	11	0,008
Xâm lấn mạch máu		4	9	0,045
Hoại tử		27	25	0,221

Kết quả mô bệnh học cho thấy tỉ lệ vò giả bao u trên u thận loại tế bào sáng là 51/69TH, chiếm 73%, u thận tế bào nhú là 33/45TH (chiếm 73%), u thận tế bào kỵ màu là 12/25TH (chiếm 48%) u thận tế bào khác là 3TH (chiếm 50%).

Đa số các UTBMT tế bào sáng có vò giả bao quanh u ghi nhận trên giải phẫu bệnh (GPB) chiếm tỉ lệ lớn 51/69 (73%), UTBMT tế bào nhú có 33/45 (73%), UTBMT tế bào kỵ màu chiếm tỉ lệ 12/25 (48%).

Bảng 4. Giá trị XQCLVT trong chẩn đoán vò giả bao

Vò giả bao	CLVT (+)	CLVT(-)	Tổng
GPB (+)	80	26	106
GPB (-)	5	34	39
Tổng	85	60	145

XQCLVT có thể chẩn đoán vò giả bao trong UTBMT với độ nhạy là 94%, độ đặc hiệu 56% độ chính xác 58%, giá trị tiên đoán dương 75%, giá trị tiên đoán âm 87%.

Bảng 5. Giá trị vò giả bao trên XQCLVT với mô bệnh học

	UTBMT Tế bào sáng	UTBMT Tế bào nhú	UTBMT Tế bào kỵ màu
Độ nhạy	95%	96%	90%
Độ đặc hiệu	59%	55%	50%
Giá trị tiên đoán dương	78%	72%	73%
Giá trị tiên đoán âm	84%	91%	66%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ vò giả bao quanh u của nhóm u thận có kích thước ≤4cm (64%) cao hơn nhóm có kích thước 4-7cm (36%). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Yamashita và cs² vò giả bao quan sát thấy ở khối u ≤ 4cm chiếm tỉ lệ 66%, khối u có kích thước từ 4-7cm có vò giả bao chiếm tỉ lệ 28% và tác giả Jiao và cs³ (2020) ghi nhận có vò giả bao ở u ≤ 4cm là (70%).

Các khối u có tính chất xâm lấn mỡ xoang thận, mỡ quanh thận, xâm lấn vỏ bao thận là các tiêu chuẩn phân loại TNM. Tính chất vò giả bao quanh u không chỉ là tiêu chuẩn phân loại TNM, còn đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt thận bán phần hay cắt thận toàn bộ. UTBMT thường không có vò bao, sự hình thành vò giả bao của u do sự chèn ép, thiếu máu, hoại tử mô thận xung quanh tạo nên hình thành mô xơ, ngăn sự xâm nhiễm tế bào u vào mô thận bình thường⁴. Các u có vò giả bao được xác định trên XQCLVT trước phẫu thuật rất hữu ích cho việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Liu⁴(2012), các u có vò giả bao là dấu hiệu quan trọng tiên đoán u giới hạn tại thận, dấu hiệu đặc trưng cho bệnh lý giai đoạn sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, viên vò giả bao trên XQCLVT là hình ảnh viên đậm độ thấp quanh u thì vỏ tuỷ và viên đậm độ cao thì thận hoặc bài tiết. Tuỳ loại mô học các UTBMT thận khác nhau, mạch máu nuôi và tốc độ tăng trưởng u khác nhau sẽ hình thành lớp vò giả bao khác nhau trong các phân loại mô học, cho tỉ lệ quan sát trên XQCLVT khác nhau. Trong nghiên cứu của tôi ghi nhận tỉ lệ phát hiện vò giả bao trên XQCLVT là 85/145 TH (chiếm 59%), cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Jiao Hu³ (2020) với tỉ lệ là 41,2%. Tỉ lệ này thấp hơn so với kết quả của tác giả Makoto Toguchi⁵ (2021) là 76% và tác giả Dong⁶ (2022) với tỉ lệ 80%.

XQCLVT có thể phát hiện vò giả bao so với kết quả giải phẫu bệnh với độ nhạy 94%, độ đặc hiệu 56%, độ chính xác 58%, giá trị tiên đoán dương 75%, giá trị tiên đoán âm 87%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Makoto⁵ và cs (2021) có độ nhạy là 81%, độ đặc hiệu là

66%, giá trị tiên đoán dương là 94%. Nhưng thấp hơn kết quả của tác giả Tsili và cs (2012), kết quả của nghiên cứu này phát hiện vỏ giả bao u thận có độ nhạy 83%, độ đặc hiệu 80%, độ chính xác là 83% giá trị tiên đoán dương là 95%, giá trị tiên đoán âm là 50%. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt trong tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UTBMT loại tế bào sáng có vỏ giả bao quanh u phát hiện trên XQCLVT chiếm tỉ lệ lớn 42/69 TH (60%) và phát hiện trên GPB là 73%. Wang và cs⁷ (2015) đã chỉ ra rằng có sự biệt hoá lớp cơ, collagen trong lớp mô giả bao giữa các loại tế bào. UTBMT loại tế bào sáng có giả bao dày nhất, dẫn đến tỉ lệ khảo sát được trên XQCLVT nhiều nhất, vỏ giả bao thấy rõ ràng trên XQCLVT giúp phẫu thuật bóc tách u ra khỏi nhu mô thận dễ dàng.

Viên vỏ giả bao của u được khảo sát trên XQCLVT là viên đậm độ thấp quanh u thì vỏ tuỷ hoặc viên đậm độ cao quanh u thì thận đồ hoặc thì bài tiết trên các mặt phẳng tái tạo. Kết quả của tôi thấy tỉ lệ vỏ giả bao được ghi nhận trên thì vỏ tuỷ chiếm đa số 38/85 TH (44,8%), thì thận đồ có 32/85 TH (37,6%), Thì bài tiết có 15/85 TH (17,6%). Tỉ lệ phát hiện vỏ giả bao u thận trên XQCLVT trên các thì chụp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của tôi cho thấy tỉ lệ UTBMT tế bào sáng quan sát thấy 60% trên XQCLVT và 73% trên GPB độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 59%, giá trị tiên đoán dương 78%, UTBMT tế bào nhú quan sát thấy 55% trên XQCLVT và 73% trên GPB độ nhạy 96%, độ đặc hiệu 55%, giá trị tiên đoán dương 72%, UTBMT tế bào kỵ màu quan sát thấy 36% trên XQCLVT và 48% trên GPB độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 50%, giá trị tiên đoán dương 73%. Trong nghiên cứu của Makoto và cs⁵ (2021), nhóm UTBMT tế bào sáng vỏ giả bao quan sát được 83,1% trên XQCLVT và 92,2% trên GPB với độ nhạy là 86,9%, độ đặc hiệu là 96,4%, giá trị tiên đoán dương là 61,5%; nhóm UTBMT tế bào nhú quan sát thấy 35,7% trên XQCLVT và 92,9% trên GPB, độ nhạy là 38,5%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị tiên đoán dương là 100%, nhóm UTBMT tế bào kỵ màu quan sát thấy 43,8% trên XQCLVT và 43,8% trên GPB với độ nhạy là 57,1%, độ đặc hiệu là 66,7%, giá trị tiên đoán dương là 57%. Theo tác giả Makoto, các khối u nhỏ và loại UTBMT loại kỵ màu có xu hướng không có vỏ giả bao. Theo Jeong Kon Kim và cs⁸ thì UTBMT tế bào sáng là u giàu mạch

máu nên bắt thuốc tương phản mạnh ở thì vỏ tuỷ, thải thuốc nhanh ở thì thận và tỉ lệ hoại tử cao chiếm 83% UTBMT, do đó là một yếu tố giúp khảo sát tốt vỏ giả bao quanh u. UTBMT tế bào nhú nghèo mạch máu, bắt thuốc tương phản kém, thường bắt thuốc thì thận nên khó khăn trong ghi nhận vỏ giả bao quanh u. UTBMT kỵ màu có xu hướng bắt thuốc vừa phải và đồng nhất giai đoạn vỏ tuỷ, giảm dần ở giai đoạn thận đồ và thì bài tiết nên khó khăn trong phát hiện vỏ giả bao.

V. KẾT LUẬN

XQCLVT có giá trị cao trong việc khảo sát vỏ giả bao quanh u trong UTBMT, giúp bác sĩ lâm sàng dự kiến được loại tế bào học lành hoặc ác của khối u, sự xâm lấn u vào các nhu mô lân cận, đánh giá giai đoạn u, khả năng bóc tách u nhằm lựa chọn phương pháp mổ phẫu thuật thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F FJ, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. 2018;68(6):. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
2. Yamashita Y, Honda S Fau - Nishiharu T, Nishiharu T Fau - Urata J, Urata J Fau - Takahashi M, Takahashi M. Detection of pseudocapsule of renal cell carcinoma with MR imaging and CT. *AJR Am J Roentgenol*. 1996;166(0361-803X (Print))(5):1151-5.
3. Hu J, Chen J, Li H, et al. A preoperative nomogram predicting the pseudocapsule status in localized renal cell carcinoma. *Transl Androl Urol* 2020;9(2223-4691 (Print))(3):462-472.
4. Liu Y, Song T Fau - Huang Z, Huang Z Fau - Zhang S, Zhang S Fau - Li Y, Li Y. The accuracy of multidetector Computed Tomography for preoperative staging of renal cell carcinoma. *Int Braz J Urol*. 2012;38(5):627-36.
5. Toguchi M, Takagi T, Ogawa Y, et al. Detection of a peritumoral pseudocapsule in patients with renal cell carcinoma undergoing robot-assisted partial nephrectomy using enhanced MDCT. *Sci Rep*. 2021;26(11):2245.
6. Dong X, Pan S, Zhou X, Ma W, Guo H, Gan WA-O. Characteristics of peritumoral pseudocapsule in small renal cell carcinoma and its influencing factors. *Cancer Medicine*. 2023;12(2045-7634 (Electronic)):1260–1268.
7. Wang ZA-O, Westphalen AC, Zagoria RJ. CT and MRI of small renal masses. *Br J Radiol*. 2018;3(91(1087)):20180131.
8. Kim JK, Kim Tk Fau - Ahn HJ, Ahn HJ Fau - Kim CS, Kim Cs Fau - Kim K-R, Kim Kr Fau - Cho K-S, Cho KS. Differentiation of subtypes of renal cell carcinoma on helical CT scans. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;178(6):1499-506.

CÁC BIỂU HIỆN VIÊM MẠN TÍNH KHÔNG ĐẶC HIỆU LIÊN QUAN ĐẾN THỰC PHẨM Ở TRẺ EM – BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG

Phạm Hoàng Minh Khôi¹, Nguyễn Hoàng Dung², Huỳnh Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhi nữ 10 tuổi có tiền sử tiêu chảy kéo dài từ lúc 10 tháng tuổi kèm theo hạ kali máu tái diễn, gần đây xuất hiện sưng đau nhiều khớp tái đi tái lại kèm sốt kéo dài, xét nghiệm máu với biểu hiện của các phản ứng viêm tăng cao. Xét nghiệm dị ứng với các dị ứng nguyên qua phản ứng IgE âm tính tuy nhiên có một số thực phẩm có biểu hiện phản ứng với IgG nồng độ cao. Bệnh nhân được áp dụng chế độ ăn loại trừ thực phẩm không dung nạp và ghi nhận cải thiện rõ về triệu chứng tiêu hóa, khớp và dinh dưỡng. Ca bệnh này minh họa mối liên hệ giữa nhạy cảm dị ứng nguyên không qua IgE với biểu hiện viêm mạn tính.

Từ khóa: Nhạy cảm thực phẩm, xét nghiệm IgG, tiêu chảy kéo dài, viêm khớp mạn, suy dinh dưỡng

SUMMARY

NON-SPECIFIC CHRONIC INFLAMMATORY PRESENTATIONS ASSOCIATED WITH FOOD IN PEDIATRIC PATIENTS: A CASE REPORT

We report the case of a 10-year-old girl with a history of chronic diarrhea beginning at 10 months of age, accompanied by recurrent hypokalemia. More recently, she developed episodes of polyarthritis with prolonged fever. Laboratory investigations revealed markedly elevated inflammatory markers. Allergy testing for common allergens via IgE-mediated mechanisms yielded negative results; however, specific food items elicited high IgG-mediated responses. The patient was placed on an elimination diet excluding the identified intolerant foods, which led to significant improvement in gastrointestinal, joint, and nutritional symptoms. This case underscores the potential role of non-IgE-mediated food hypersensitivity in chronic inflammatory conditions.

Keywords: Food sensitivity, IgG testing, chronic diarrhea, chronic arthritis, malnutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản ứng bất lợi với thực phẩm bao gồm hai nhóm chính: phản ứng qua trung gian miễn dịch (dị ứng thực phẩm) và phản ứng không qua trung gian miễn dịch (không dung nạp thực phẩm). Tuy nhiên, ranh giới giữa hai nhóm này thường không rõ ràng trong thực hành lâm sàng, dẫn đến việc chẩn đoán và điều trị không chính

xác [1]. Dị ứng thực phẩm qua trung gian IgE thường biểu hiện nhanh chóng sau khi tiếp xúc với thực phẩm gây dị ứng, với các triệu chứng như phát ban, khó thở hoặc sốc phản vệ [2]. Ngược lại, nhạy cảm thực phẩm qua trung gian IgG có thể gây ra các phản ứng chậm, không đặc hiệu, như tiêu chảy kéo dài, đau bụng, mệt mỏi, đau khớp và các triệu chứng viêm mạn tính khác [3]. Việc xác định nhạy cảm thực phẩm qua trung gian IgG gặp nhiều thách thức do thiếu các xét nghiệm chẩn đoán tiêu chuẩn và sự đa dạng trong biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy rằng việc loại trừ các thực phẩm có mức IgG cao khỏi chế độ ăn có thể giúp cải thiện triệu chứng ở một số bệnh nhân [4,5]. Trong bối cảnh đó, chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhi nữ 10 tuổi với các biểu hiện viêm mạn tính không đặc hiệu, bao gồm tiêu chảy kéo dài, hạ kali máu và viêm khớp tái phát và suy dinh dưỡng mạn nặng. Sau khi áp dụng chế độ ăn loại trừ dựa trên xét nghiệm IgG thực phẩm, bệnh nhân có cải thiện rõ rệt về triệu chứng tiêu hóa, khớp và dinh dưỡng. Trường hợp này minh họa tầm quan trọng của việc xem xét nhạy cảm thực phẩm qua trung gian IgG trong chẩn đoán và cải thiện các bệnh lý viêm mạn tính không rõ nguyên nhân ở trẻ em.

II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhi nữ, 10 tuổi, sinh đủ tháng, khỏe mạnh sau sinh, chưa từng ghi nhận tiền căn dị ứng thức ăn rõ ràng. Từ lúc 10 tháng tuổi, bệnh nhi bắt đầu đến bệnh viện với các biểu hiện tiêu chảy từng đợt kèm nôn ói nhiều, dẫn tới hạ kali máu kéo dài. Với các biểu hiện nói trên, bệnh nhi nhập viện và điều trị và tầm soát nguyên nhân nhiều lần nhưng các triệu chứng chỉ tạm thời hết và tái phát bất cứ lúc nào. Điều này ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe và tinh thần của cả bệnh nhi lẫn gia đình. Trong năm 2024, bệnh nhi xuất hiện thêm biểu hiện đau khớp gối kèm khớp các ngón tay. Tình trạng có nhiều chuyển tiến từ âm ỉ đến sưng đau khớp nhiều. Lần nhập viện gần nhất, bệnh nhi đến với tình trạng sốt cao, đau và sưng khớp gối nhiều, ảnh hưởng đến khả năng đi lại của bệnh nhân. Khám ghi nhận bệnh nhân tỉnh táo, sinh hiệu ổn. Khớp gối trái hơi tăng kích thước, không đỏ, không đau. Khớp đốt ngón tay trái sưng nhẹ, đau, biến dạng. Suy dinh dưỡng mạn nặng với cân nặng 15 kg (cân nặng theo

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Minh Khôi

Email: minhkhoind2@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025