bộ và sống thêm không bệnh 3 năm của nhóm BN có hóa xạ trị dài ngày trước mổ lần lượt là 72,4% và 87,2%, không có sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm xạ trị ngắn ngày [4]. Nguyễn Ngọc Dũng: Tỉ lệ sống thêm toàn bộ thời gian sau 12 tháng - 24 tháng - 36 tháng - 60 tháng lần lượt là100%, 98%, 98% và 81%, ước lượng thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 30,08 ± 16,79 tháng. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ thời gian sau 12 tháng - 24 tháng - 36 tháng - 60 tháng lần lượt là 90,3%, 86,1%, 82,9% và 78,1%; ước lượng thời gian sống thêm không bệnh trung bình 28,05 ± 17,70 tháng [7]. Các thử nghiệm COREAN [2] và COLOR II [1] thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm đạt từ 80% đến 86%, trong khi tỷ lệ sống thêm không bệnh dao động trong khoảng từ 70% đến 75%. Những kết quả này cho thấy việc ứng dụng PTNS kết hợp hóa xạ trị tiền phẫu mang lại lợi ích rõ rệt, với khả năng kiểm soát bệnh tốt hơn và cải thiện đáng kể thời gian sống thêm của BN.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị dài ngày ở BN ung thư trực tràng giữa và dưới là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả, giúp tăng khả năng bảo tồn cơ thắt, với tỷ biến tai biến - chứng thấp, cải thiện thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **van der Pas M.H., Haglind E., Cuesta M.A., et al** (2013). Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 14, 210-218.
2. **Jeong S.Y., Park J.W., Nam B.H., et al** (2014). Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. Lancet Oncol.15,767-74.
3. **Park K.K., Lee S.H., Baek S.U., Ahn B.K.** (2014). Laparoscopic resection for middle and low rectal cancer. J Minim Access Surg. 10(2), 68-71.
4. **Wang J., Long Y., Liu K., et al** (2021). Comparing neoadjuvant long-course chemoradiotherapy with short-course radiotherapy in rectal cancer. BMC Gastroenterol. 21(1), 277.
5. **Leroy J., Jamali F., Forbes L., et al** (2004). Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes. Surg Endosc. 18(2), 281-9.
6. **Nishikawa T., Ishihara S., Emoto S., et al** (2018). Multivisceral resections for locally advanced colorectal cancer after preoperative treatment. Mol Clin Oncol. 8(3), 493-498.
7. **Trần Ngọc Dũng, Phạm Đức Huấn, Lưu Quang Dũng, và cộng sự** (2024). Kết quả xa phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng giữa và thấp sau hóa xạ trị tiền phẫu. Tạp chí nghiên cứu y học. 185(12), 85-93.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH LYMPHÔM TẾ BÀO LỚN THOÁI SẢN VỚI ALK DƯƠNG TÍNH: NGHIÊN CỨU ĐA TRUNG TÂM VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Nguyễn Vũ Quý[1], Đặng Hoàng Minh[2], Thái Anh Tú[4], Trịnh Đình Thế Nguyên[3], Phan Đặng Anh Thư[2]

TÓM TẮT

Tổng quan: Bướu lymphô tế bào lớn thoái sản (Anaplastic Large Cell Lymphoma – ALCL) dương tính với ALK là một thể lymphô tế bào T đặc trưng, thường gặp ở lứa tuổi trẻ và có sự đa dạng về hình thái cũng như kiểu hình miễn dịch. Việc mô tả đặc điểm mô học và biểu hiện miễn dịch của ALCL dương tính với ALK giúp củng cố chẩn đoán và định hướng điều trị. Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm mô bệnh học và kiểu hình miễn dịch của ALCL dương tính với ALK tại các cơ sở y tế ở TP. Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ALCL dương tính với ALK trong giai đoạn từ 01/2020 đến 01/2025 tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM, Bệnh viện Nhi Đồng 1, và Bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược TP.HCM. **Kết quả:** Tổng cộng 38 trường hợp được ghi nhận, trong đó nhóm trẻ em (<16 tuổi) có tuổi trung bình 8,2 ± 3,8, nhóm vị thành niên và người lớn (≥16 tuổi) có tuổi trung bình 27, với tỷ lệ nam:nữ = 1,2:1. Tổn thương hạch chiếm 68,4%, và ngoài hạch 31,6%. Phân bố mô học gồm thể cổ điển (76,3%), thể lymphô mô bào (13,2%), thể tế bào nhỏ (7,9%) và thể khác (2,6%). Về kiểu hình miễn dịch, dấu ấn ALK-1 biểu hiện ở nhân và bào tương trong 78,9% trường hợp, chỉ bào tương trong 21,1%. Tỷ lệ dương tính của các dấu ấn dòng lymphô T gồm CD2 (31,6%), CD3 (36,1%), CD5

[1]*Trường Đại học Trà Vinh*
[2]*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh*
[3]*Bệnh viện Nhi đồng 1*
[4]*Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Đặng Anh Thư
Email: phandanganhthu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025
Ngày duyệt bài: 5.12.2025

(52,4%), CD45 (84,6%) và EMA (84,2%). Biểu hiện EMA chủ yếu ở dạng dương tính lẻ tẻ (<25% tế bào u), chiếm 50% số trường hợp. **Kết luận:** ALCL dương tính với ALK thường gặp ở ba thập niên đầu của cuộc đời, vị trí tổn thương chủ yếu tại hạch và thể mô học cổ điển là dạng phổ biến nhất. Kiểu bắt màu ALK-1 chủ yếu ở nhân và bào tương. Các dấu ấn CD45 và EMA có tỷ lệ dương tính cao, hỗ trợ hữu ích cho chẩn đoán. Đáng chú ý, EMA biểu hiện chủ yếu ở dạng dương tính lẻ tẻ, khác biệt so với mô tả trong y văn trước đây. ***Từ khóa:*** ALCL dương tính với ALK, kiểu hình miễn dịch, đặc điểm mô học.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL AND IMMUNOPHENOTYPIC CHARACTERISTICS OF ALK-POSITIVE ANAPLASTIC LARGE CELL LYMPHOMA: A MULTICENTER STUDY AND LITERATURE REVIEW

Background: Anaplastic large cell lymphoma (ALCL) with ALK positivity is a distinct subtype of T-cell lymphoma, typically occurring in younger patients and characterized by heterogeneous histologic patterns and immunophenotypic profiles. Describing the histopathological and immunohistochemical features of ALK-positive ALCL contributes to diagnostic accuracy and therapeutic orientation. This study aimed to evaluate the histologic characteristics and immunophenotypic expression patterns of ALK-positive ALCL cases diagnosed at medical institutions in Ho Chi Minh City. **Methods:** A descriptive case series was conducted on patients diagnosed with ALK-positive ALCL between January 2020 and January 2025 at Ho Chi Minh City Oncology Hospital, Children's Hospital No.1, and the Department of Embryology, Histology, and Pathology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. **Results:** A total of 38 cases were recorded. The mean age in the pediatric group (<16 years) was 8.2 ± 3.8 years, while in the adolescent/adult group (≥16 years) it was 27 years, with a male-to-female ratio of 1,2:1. Nodal involvement accounted for 68.4% and extranodal lesions for 31.6%. The histologic subtypes included classic (76.3%), lymphohistiocytic (13.2%), small-cell (7.9%), and other variants (2.6%). Regarding immunophenotype, ALK-1 staining showed both nuclear and cytoplasmic expression in 78.9% of cases and cytoplasmic-only expression in 21.1%. Positivity rates for T-cell lineage markers were CD2 (31.6%), CD3 (36.1%), CD5 (52.4%), CD45 (84.6%), and EMA (84.2%). EMA expression was predominantly focal (<25% of tumor cells) in 50% of cases. **Conclusion:** ALK-positive ALCL predominantly affects patients within the first three decades of life, with nodal involvement being most common and the classic subtype representing the majority of cases. ALK-1 expression is mainly nuclear and cytoplasmic. CD45 and EMA show high positivity rates and are useful adjunctive markers in diagnosis. Notably, EMA expression was mostly focal, differing from previous reports in the literature.

Keywords: ALK-positive ALCL, immunophenotype, histopathological features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu lymphôm tế bào lớn thoái sản (Anaplastic large cell lymphoma – ALCL) là một bệnh lý hiếm gặp của bướu lymphôm không Hodgkin dòng tế bào T. Dựa vào sự có biểu hiện với dấu ấn ALK, ALCL được chia thành hai nhóm là ALCL dương tính với ALK và ALCL âm tính với ALK. Theo ghi nhận trong ấn bản lần 5 về phân loại bướu của WHO, ALCL dương tính với ALK chiếm khoảng 3% tổng số ca lymphôm không Hodgkin ở người lớn[2] và 15% tổng số ca mắc lymphôm không Hodgkin ở trẻ em, với tỷ lệ mắc chung ở trẻ em toàn cầu là 1,2 trường hợp mắc bệnh trên một triệu trẻ em[6]. Việc chẩn đoán hiện nay còn gặp rất nhiều khó khăn do ALCL dương tính với ALK có nhiều biến thể mô học dễ gây bỏ sót trên tiêu bản nhuộm Hematoxylin và Eosin (H&E) và sự không đồng nhất trong việc nhuộm bộ dấu ấn hóa mô miễn dịch (HMMD) chẩn đoán giữa các cơ sở y tế với nhau. ALCL dương tính với ALK mặc dù thuộc nhóm lymphôm không Hodgkin dòng tế bào T nhưng có đến trên 75% trường hợp được nhuộm âm tính với CD3, trong khi đó hai dấu ấn dòng T khác là CD2 và CD5 dương tính ở khoảng 40% các trường hợp[2], như vậy sử dụng CD2 hoặc CD5 có ý nghĩa thay thế CD3 hay không nhằm làm tăng tỷ lệ biểu hiện của dấu ấn dòng tế bào lymphô T? Trong khi đó, CD45 và EMA được ghi nhận với tỷ lệ dương tính rất cao như trong nghiên cứu của M.Khanlari[5] công bố năm 2022 với tỷ lệ dương tính CD45 (76,2%) và EMA (87,8%). Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát kiểu hình mô học và miễn dịch của bướu lymphôm tế bào lớn thoái sản dương tính với ALK.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu lymphô tế bào lớn thoái sản (ALCL) dương tính với ALK trong khoảng thời gian từ tháng 01/2020 đến hết tháng 01/2025 tại Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Các trường hợp được chọn vào nghiên cứu khi đáp ứng đầy đủ các tiêu chí: (1) có đủ tiêu bản nhuộm Hematoxylin & Eosin (H&E), CD30 và ALK, hoặc có thể truy xuất được khối nến mô bệnh phẩm; (2) biểu hiện CD30 dương tính mạnh ở màng và/hoặc bào tương của ≥75% tế bào u; và (3) ALK biểu hiện dương tính mạnh trên phần lớn tế bào bướu. Các trường hợp bị loại trừ gồm những mẫu có tiêu bản H&E, CD30 hoặc ALK bị mờ, phai màu, không thể đánh giá được trên vi thể, và không tìm được khối nến

tương ứng để nhuộm lại.

Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ các trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên. Thông tin về tuổi, giới tính và vị trí tổn thương được thu thập từ hồ sơ bệnh án hoặc phiếu gửi mẫu giải phẫu bệnh. Các đặc điểm mô học được phân loại theo các biến thể mô học của ALCL bao gồm: thể cổ điển, thể lymphô mô bào, thể tế bào nhỏ, thể giống Hodgkin, thể kết hợp và thể khác. Kiểu biểu hiện dương tính của dấu ấn ALK-1 được ghi nhận gồm: bắt màu nhân và bào tương, chỉ ở bào tương, hoặc màng tế bào, dựa trên hướng dẫn trong ấn bản lần thứ 5 của WHO về phân loại u lymphô. Các dấu ấn CD2, CD3, CD5, CD20 và CD45 được đánh giá dương tính khi ≥20% tế bào bướu bắt màu ở bào tương hoặc màng tế bào, theo tiêu chuẩn của Eris D. His. Dấu ấn EMA được đánh giá dựa theo tiêu chí của R.L.ten Berge, gồm các mức: âm tính (không biểu hiện), lẻ tẻ hoặc khu trú (<25% tế bào bướu bắt màu), + (25–<50%), ++ (50–<75%) và +++ (≥75%). Dữ liệu được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm Stata phiên bản 17. Các phân tích thống kê được xem là có ý nghĩa khi p < 0,05.

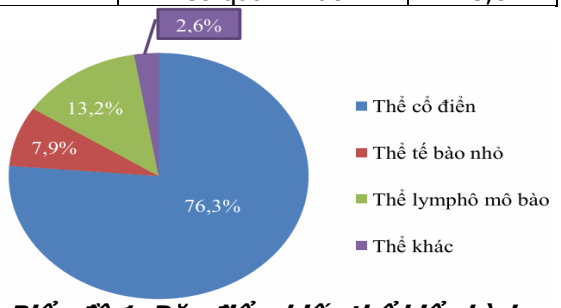
Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (số 2600/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 26/09/2024), Hội đồng Đạo đức – Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (số 1096/BVUB-HĐĐĐ, ngày 26/11/2024), và Hội đồng Đạo đức – Bệnh viện Nhi Đồng 1 (số 67/GCN-BVNĐ1, ngày 10/01/2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 38 trường hợp ALCL dương tính với ALK chúng tôi ghi nhận độ tuổi mắc bệnh trung bình đối với đối tượng trẻ em (<16 tuổi) là 8,2 ± 3,8 tuổi; đối với bệnh nhân độ tuổi vị thành niên và người lớn (≥16 tuổi) là 27 tuổi với khoảng tứ phân vị lần lượt là 18 (dưới) và 37,75 (trên) tuổi. Khoảng tuổi mắc bệnh chung dao động từ 1 đến 55 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Vị trí lấy mẫu tổn thương phổ biến nhất tại hạch với 68,4%, ngoài hạch chiếm 31,6%. (Bảng 1)

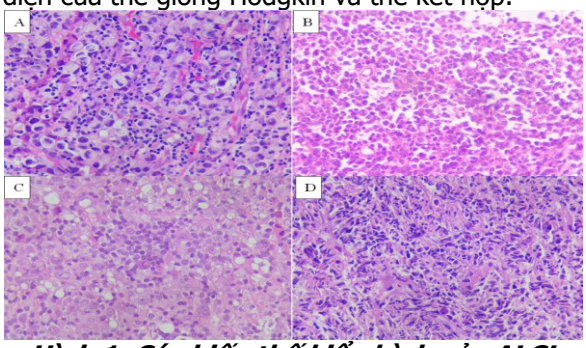
Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới và vị trí lấy mẫu (n=38)

Đặc điểm	Phân nhóm	Tỷ lệ (%)
Tuổi mắc bệnh	Trẻ em (<16 tuổi)	57,9
	Vị thành niên và người lớn (≥16 tuổi)	42,1
Giới tính	Nam	55,3
	Nữ	44,7
Vị trí lấy mẫu	Hạch	68,4
	Da	15,8
	Cơ quan khác	15,8



Biểu đồ 1. Đặc điểm biến thể kiểu hình ALCL dương tính với ALK (n=38)

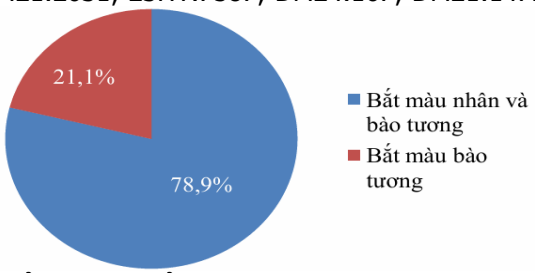
Khảo sát về đặc điểm biến thể kiểu hình mô học của ALCL dương tính với ALK theo phân loại bướu của WHO chúng tôi ghi nhận kết quả thể cổ điển 76,3%, thể lymphô mô bào 13,2%, thể tế bào nhỏ 7,9% và thể khác có mô học giống sarcôm 2,6% (Hình 1). Không ghi nhận sự hiện diện của thể giống Hodgkin và thể kết hợp.



Hình 1. Các biến thể kiểu hình của ALCL dương tính với ALK

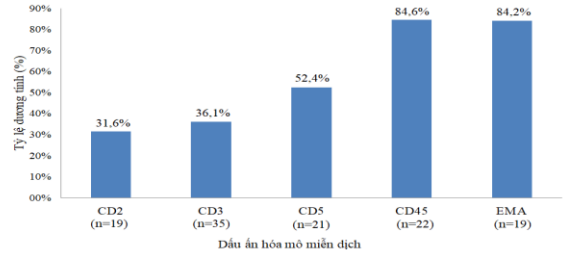
(A) Thể cổ điển. (B) thể tế bào nhỏ. (C) Thể lymphô mô bào. (D) Thể khác (giống sarcôm).

(Nhuộm H&E, x400. Mã số GPB từ A→D: HM21.2631; 23HT.7587; DM24.167; DM21.1472)



Biểu đồ 2. Biểu hiện dương tính của dấu ấn ALK-1 (n=38)

Nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận kết quả kiểu biểu hiện dương tính của dấu ấn ALK-1 với biểu hiện tế bào bướu bắt màu ở nhân và bào tương là 78,9%, bắt màu bào tương là 21,1%, không ghi nhận trường hợp bắt màu tại màng tế bào.



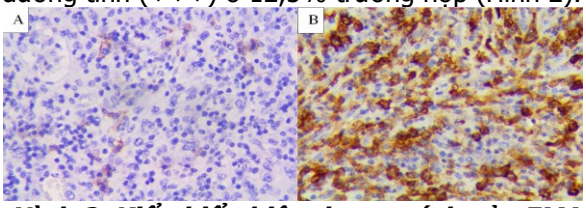
Biểu đồ 3. Tỷ lệ biểu hiện dương tính của các dấu ấn CD2, CD3, CD5, CD45 và EMA

Kết quả chúng tôi ghi nhận tỷ lệ dương tính của CD2 31,6%, CD3 36,1%, CD5 52,4%, CD45 84,6% và EMA 84,2%. CD20 âm tính trong tất cả 36 trường hợp được nhuộm.

Bảng 2. Kiểu biểu hiện dương tính của EMA (n=16)

Kiểu biểu hiện dương tính	Tỷ lệ (%)
Dương tính lẻ tẻ	50
Dương tính (+)	25
Dương tính (++)	12,5
Dương tính (+++)	12,5

Kiểu biểu hiện dương tính của dấu ấn EMA chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là dương tính lẻ tẻ ở 50% trường hợp và biểu hiện dương tính (+++) ở 12,5% trường hợp (Hình 2).



Hình 2. Kiểu biểu hiện dương tính của EMA

(A) Dương tính lẻ tẻ. (B) Dương tính +++

(Nhuộm EMA clone E29, x400. Mã số GPB: Y21-4234; Y20-1077)

Khi khảo sát về mối liên hệ giữa các đặc điểm về tuổi, giới tính, vị trí lấy mẫu, kiểu hình mô học, sự biểu hiện dương tính của các dấu ấn ALK, CD2, CD3, CD5, CD20, CD45, EMA, chúng tôi không khi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm kể trên.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, kết quả độ tuổi mắc bệnh trung bình ở đối tượng trẻ em (< 16 tuổi) trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,2 ± 3,8 tuổi tương đương với ghi nhận trong nghiên cứu của Shuang Huang (n = 221) tại Trung Quốc là 8,9 tuổi[4]; đối với bệnh nhân độ tuổi vị thành niên và người lớn (≥ 16 tuổi) là 27 tuổi tương đương với độ tuổi mắc bệnh trung bình ở người lớn được ghi nhận theo WHO là 30 tuổi. Về vị trí lấy mẫu, cơ quan thường gặp nhất là hạch với 68,4%, khi so với nghiên cứu của D.Benharroch[1] (n = 123) công bố năm 1998 là 82,1% tại hạch không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai tỷ lệ này với p = 0,07. Tuy nhiên, kết quả tỷ lệ vị trí lấy mẫu ngoài hạch lại có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nghiên cứu của chúng tôi và D.Benharroch[1] lần lượt là 31,6% và 14,6% (p = 0,02). Sự khác biệt này nhóm nghiên cứu chúng cho rằng là do sự hạn chế trong cách lấy thông tin vị trí lấy mẫu thông qua ghi nhận theo hồ sơ bệnh án, trong khi đó ALCL là bệnh lý thường chẩn đoán ở giai đoạn bệnh tiến triển (giai đoạn III hoặc IV) [2] với đặc điểm tổn thương hạch xâm lấn và đa cơ quan, do đó nhóm nghiên cứu chúng tôi khó đánh giá được các tổn thương ngoài hạch thực sự là nguyên phát hay do xâm lấn từ hạch.

Đặc điểm tỷ lệ các biến thể kiểu hình mô học khi so sánh giữa nghiên cứu chúng tôi với kết quả nghiên cứu của D.Benharroch[1], kết quả chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các thể cổ điển, thể lymphô mô bào, thể tế bào nhỏ và thể khác giữa hai nghiên cứu lần lượt p = 0,44; p = 0,9; p = 0,62; p = 0,38. Tuy nhiên, kiểu biến thể mô học kết hợp có sự khác biệt giữa nghiên cứu chúng tôi là 0% và D.Benharroch[1] là 13,8% với p = 0,02. Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi thể kết hợp có hai biến thể kiểu hình và mỗi biến thể chiếm tỷ lệ >30%, trong khi nghiên cứu D.Benharroch[1] chỉ ghi nhận thể kết hợp là thể không thể phân loại biến thể kiểu hình vì có nhiều kiểu hình mô học trong cùng một sinh thiết duy nhất.

Về đặc điểm biểu hiện của các dấu ấn HMMD. Biểu hiện dương tính của ALK-1 ở nghiên cứu của chúng tôi với biểu hiện tại bào tương và nhân là 78,9%, chỉ ở bào tương là 21,1%. Khi so sánh với các nghiên cứu của tác giả D.Benharroch[1] là 82% và 16% (p = 0,67 và p = 0,47) cho thấy có sự tương đồng giữa kết quả của hai nghiên cứu.

Kết quả tỷ lệ dương tính của các dấu ấn trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là CD2 (31,6%), CD3 (36,1%), CD5 (52,4%), CD45 (84,6%) và EMA (84,2%). Tuy nhiên, khi so sánh kết quả với nghiên cứu của Eris.D.His[3] có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ dương tính của CD3 11,5% (p = 0,03) và CD45 48% (p = 0,005), sự khác biệt này chúng tôi cho rằng nguyên nhân là tiêu chuẩn chọn mẫu trong nghiên cứu của Eris.D.His[3] đã loại trừ những trường hợp có tổn thương tại da và với số lượng mẫu không lớn của nghiên cứu chúng tôi (n = 38) và nghiên cứu của Eris.D.His[3] (n = 27) nên tỷ lệ dương tính sẽ có biến động lớn, nếu chỉ sai lệch một số ít trường hợp. Trong khi đó, kết quả

nghiên cứu của tác giả M.Khanlari[5] với số lượng mỗi dấu ấn được nhuộm đều > 50 trường hợp, kết quả tỷ lệ dương tính CD2, CD3, CD5, CD45 và EMA khi so sánh với nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng không có sự khác biệt giữa hai nghiên cứu với lần lượt p = 0,21; p = 0,55; p = 0,45; p = 0,34 và p = 0,7.

Khi so sánh sự khác biệt về tỷ lệ dương tính của CD3 lần lượt với CD2 và CD5, kết quả chỉ ra rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ dương tính của các cặp dấu ấn HMMD (p = 0,73 và p = 0,23). Như vậy không có ý nghĩa trong việc sử dụng CD2 hay CD5 thay thế CD3 nhằm làm tăng tỷ lệ biểu hiện dấu ấn dòng tế bào lymphô T để hỗ trợ chẩn đoán ALCL dương tính với ALK.

CD20 âm tính trong tất cả 36 trường hợp được nhuộm; tuy nhiên, cần lưu ý rằng không nên dựa vào tiêu chuẩn CD20 dương tính làm tiêu chuẩn loại trừ chẩn đoán ALCL dương tính với ALK. Mặc dù bệnh lý này thuộc bướu lymphôm dòng tế bào lymphô T, nhưng đã có một số báo cáo riêng lẻ về trường hợp CD20 biểu hiện dương tính như tác giả E.Mark[7] vào năm 2022 đã mô tả một trường hợp ALCL dương tính với ALK nguyên phát ở da có biểu hiện CD20 dương tính.

CD45 là dấu ấn gợi ý cho bướu nguồn gốc từ tế bào tạo máu và EMA là dấu ấn gợi ý cho nguồn gốc tế bào biểu mô có tỷ lệ dương tính lên đến 84,6% và 84,2% trong nghiên cứu. Từ đó có thể sử dụng CD45 và EMA nhằm hỗ trợ chẩn đoán phân biệt dạng mô học không hoặc kém biệt hóa của carcinôm hoặc sarcôm với các biến thể cổ điển hoặc hiếm gặp của ALCL dương tính với ALK. Trong nghiên cứu của chúng tôi, EMA và CD45 với tỷ lệ đồng biểu hiện dương tính lên đến 72,2% (13/18 TH được nhuộm cả hai dấu ấn EMA và CD45). CD45 và EMA đồng dương tính có thể hướng đến chẩn đoán ALCL dương tính với ALK trước khi mẫu bệnh phẩm được nhuộm CD30 và ALK. Tuy nhiên cần lưu ý rằng bên cạnh ALCL dương tính với ALK có biểu hiện đồng dương tính với CD45 và EMA, còn tồn tại một số bệnh lý hiếm gặp cũng có biểu hiện tương tự như bướu lymphôm Hodgkin dạng hỗn hợp hoặc dạng nốt xơ hóa, sarcoma tủy xương, bướu lymphôm tế bào T ngoại vi dạng không đặc hiệu,…Do đó cần phải tiến hành thêm các nghiên cứu nhằm khảo sát và so sánh sự biểu hiện của cặp dấu ấn CD45 và EMA trên ALCL dương tính với ALK với các bệnh lý khác cũng có CD45 và EMA dương tính nhằm sát định các đặc điểm biểu hiện và tính đặc hiệu của cặp dấu ấn này.

Khi phân tích rõ hơn sự biểu hiện dương tính của dấu ấn EMA, kết quả của nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 50% trường hợp dương tính lẻ tẻ, trong khi đó chỉ có 12,5% trường hợp dương tính (+++). Kết quả này không tương đồng với ghi nhận trong ấn bản lần 5 về phân loại bướu của WHO rằng EMA dương tính ở hầu hết các tế bào bướu[2]; kết quả nghiên cứu của R.L.ten Berge[8] (n = 15) công bố năm 2001 cũng cho kết quả dương tính (+++) ở 80% các trường hợp, khi so sánh có sự khác biệt có ý nghĩa giữa tỷ lệ dương tính (+++) giữa hai nghiên cứu với p < 0,01. Nghiên cứu của chúng tôi và R.L.ten Berge[8] đều được nhuộm EMA kháng thể đơn dòng E29. Kết quả này đặt ra vấn đề là kiểu biểu hiện dương tính của EMA ở đối tượng các bệnh nhân Việt Nam có khác biệt so với các bệnh nhân ngoài nước, điều này cần phải được kiểm chứng lại do cỡ mẫu trong nghiên cứu chúng tôi quá nhỏ với n = 16 và chỉ lấy mẫu tại ba cơ sở y tế trong địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, cần phải tiến hành các nghiên cứu mở rộng phạm vi và cỡ mẫu để kiểm tra lại sự khác biệt này.

V. KẾT LUẬN

ALCL dương tính với ALK thường gặp trong độ tuổi khoảng ba thập niên đầu đời. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là hạch. Kiểu hình mô học phổ biến nhất là thể cổ điển. Kiểu biểu hiện dương tính của ALK-1 chủ yếu ở nhân và bào tương, còn lại là kiểu biểu hiện ở bào tương. Tỷ lệ biểu hiện các dấu ấn dòng tế bào lymphô T gồm CD2, CD3, CD5 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. CD45 và EMA có tỷ lệ biểu hiện dương tính cao, có thể xem xét sử dụng trong hỗ trợ chẩn đoán ALCL dương tính với ALK. Sự biểu hiện dấu ấn EMA khác biệt so với ghi nhận trong y văn với biểu hiện dương tính lẻ tẻ là chủ yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benharroch D, Meguerian-Bedoyan Z, Lamant L, et al.** ALK-positive lymphoma: a single disease with a broad spectrum of morphology. Blood. Mar 15 1998;91(6):2076-84
2. **Elenitoba JK, Ott G, Takeuchi K, et al.** ALK-positive anaplastic large cell lymphoma. IARC. Accessed July, 6th, 2025. https://tumourclassification.iarc.who.int/chaptercontent/63/232
3. **Hsi ED, Said J, Macon WR, et al.** Diagnostic accuracy of a defined immunophenotypic and molecular genetic approach for peripheral T/NK-cell lymphomas. A North American PTCL study group project. Am J Surg Pathol. 2014 Jun;38(6):768-75.
4. **Huang S, Yang X, Duan Y, et al.** Clinical Pathology Characteristics of 221 Pediatric Anaplastic Large Cell Lymphoma-3 Years Follow up and Experience from China Net Childhood Lymphoma(CNCL). Blood. Nov 2023;142:4489

5. **Khanlari M, Li S, Miranda RN, et al.** Small cell/lymphohistiocytic morphology is associated with peripheral blood involvement, CD8 positivity and retained T-cell antigens, but not outcome in adults with ALK+ anaplastic large cell lymphoma. Modern Pathology. 2022 Mar;35(3):412-418.
6. **Lamant RL, d'Amore ESG, Nakazawa A, et al.** ALK-positive anaplastic large cell lymphoma. IARC. Accessed July, 6th, 2025. https://tumourclassification.iarc.who.int/chaptercontent/44/57
7. **Mark E, Sutton M, Gru A.** Primary Cutaneous Anaplastic Large-Cell Lymphoma With Aberrant CD20 Expression: Case Report and Review of the Literature. The American Journal of dermatopathology. Dec 2022;44(12):971-978
8. **ten Berge RL, Snijdewint FG, von Mensdorff-Pouilly S, et al.** MUC1 (EMA) is preferentially expressed by ALK positive anaplastic large cell lymphoma, in the normally glycosylated or only partly hypoglycosylated form. Journal of clinical pathology. Dec 2001;54(12):933-9.

LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH THÔNG ĐỘNG MẠCH CẢNH XOANG HANG THỂ TRỰC TIẾP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Văn Cao[1], Nguyễn Ngọc Cương[1,2], Nguyễn Văn Hướng[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng thông động mạch cảnh xoang hang thể trực tiếp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và nhận xét kết quả điều trị can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 18 bệnh nhân thông động mạch cảnh xoang hang thể trực tiếp được can thiệp nội mạch từ tháng 1/2021 đến tháng 2/2025. **Kết quả**: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 45,17 ± 15,91 tuổi, nam chiếm 72,2%. Trong đó bệnh nhân có tiền sử chấn thương sọ não chiếm 88,9%. Triệu chứng phổ biến: đau đầu (100,0%), cương tụ kết mạc (88,9%), lồi mắt (77,8%), ù tai (61,1%), liệt vận nhãn (61,1%), nhìn mờ (50,0%). Tỷ lệ luồng thông 2 bên chiếm 11,1%, với những trường hợp luồng thông 2 bên đều được can thiệp lần 2. Vật liệu can thiệp chủ yếu là bóng Gold Balt (77,8%), coil (11,1%). Kết quả chụp lại luồng thông sau can thiệp đều tắc hoàn toàn (100,0%). Sau can thiệp, các triệu chứng lâm sàng đều giảm hoặc hết triệu chứng ở hầu hết trường hợp (83,3-100,0%). Tỷ lệ tái phát thấp chỉ 22,2%, không có trường hợp tai biến trong can thiệp. **Kết luận**: Thông động mạch cảnh xoang hang thể trực tiếp thường gặp ở bệnh nhân sau chấn thương. Lâm sàng tương đối điển hình với các triệu chứng hay gặp như đau đầu, cương tụ kết mạc, lồi mắt. Can thiệp nội mạch bằng bóng Gold Balt và coil đạt tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp. Sau can thiệp, đa số bệnh nhân đều giảm hoặc thậm chí hết các triệu chứng.

Từ khóa: thông động mạch cảnh xoang hang, can thiệp nội mạch, lâm sàng, kết quả điều trị.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương
Email: cuongcdha@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR DIRECT CAROTID CAVERNOUS FISTULA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical features of direct carotid-cavernous fistula at Hanoi Medical University Hospital and to evaluate the outcomes of endovascular intervention in these patients. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study on 18 patients with direct carotid-cavernous fistula who underwent endovascular intervention from January 2021 to February 2025. **Results:** The average age of the patients was 45.17 ± 15.91 years, with males accounting for 72.2%. Among them, patients with a history of traumatic brain injury accounted for 88.9%. Common symptoms included: headache (100.0%), conjunctival congestion (88.9%), proptosis (77.8%), tinnitus (61.1%), oculomotor palsy (61.1%), and blurred vision (50.0%). The rate of bilateral fistula was 11.1%, with all cases of bilateral fistula undergoing a second intervention. The primary intervention materials were Gold Balt balloon (77.8%) and coil (11.1%). The rate of patients requiring a second intervention was 27.8%, and the results of re-imaging after intervention showed complete occlusion in all cases (100.0%). After intervention, clinical symptoms were reduced or resolved in most cases (83.3-100.0%). The rate of early recurrence was low at 22.2%, with no cases of complications during intervention. **Conclusion:** Direct carotid-cavernous fistula is common in patients after trauma. The clinical presentation is relatively typical with common symptoms such as headache, conjunctival congestion, and proptosis. Endovascular intervention with Gold Balt balloon and coil achieves a high success rate and low complications. After intervention, most patients experience reduction or even complete resolution of symptoms. ***Keywords:*** carotid cavernous fistula, endovascular intervention, clinical features, treatment outcomes.