

V. KẾT LUẬN

Viêm màng não do lao ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi trung ương gặp nhiều ở trẻ ≤ 5 tuổi, có tỷ lệ tử vong và di chứng đáng kể. Chậm trễ trong chẩn đoán, tình trạng tăng trương lực cơ, mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng (theo BMRC), tăng trương lực cơ, mức độ giảm Natri máu, giãn não thất là các yếu tố tiên lượng tử vong và di chứng thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global tuberculosis report 2020.** <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>>, accessed: 17/10/2021.
2. **Marais B.J. và Pai M. (2007).** Recent advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. Arch Dis Child, **92(5)**, 446–452.
3. **Daniel B.D., Grace G.A., và Natrajan M. (2019).** Tuberculous meningitis in children:

Clinical management & outcome. Indian J Med Res, **150(2)**, 117–130.

4. **Bộ trưởng Bộ Y tế Quyết định 4263/QĐ-BYT** năm 2018 về hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao. .
5. **Ge T. và Th T. (2005).** Tuberculous meningitis: many questions, too few answers. Lancet Neurol, **4(3)**.
6. **Bang N.D., Caws M., Truc T.T. và cộng sự. (2016).** Clinical presentations, diagnosis, mortality and prognostic markers of tuberculous meningitis in Vietnamese children: a prospective descriptive study. BMC Infect Dis, **16(1)**, 573.
7. **Thwaites G.E., Chau T.T.H., và Farrar J.J. (2004).** Improving the Bacteriological Diagnosis of Tuberculous Meningitis. J Clin Microbiol, **42(1)**, 378–379.
8. **Rohlin U.K., Kilborn T., Wieselthaler N. và cộng sự. (2016).** Imaging Features of the Brain, Cerebral Vessels and Spine in Pediatric Tuberculous Meningitis with Associated Hydrocephalus. Pediatr Infect Dis J, **35(10)**, e301–e310.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH U LYMPHO TẾ BÀO B VÙNG RÌA TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Lê Quang Chiêm*, Vũ Đức Bình**, Nguyễn Thị Minh Nguyệt**.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u lympho tế bào B vùng rìa (MZL) tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2015 đến tháng 10/2021. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 86 bệnh nhân MZL. **Kết quả:** Phát hiện cả 3 thể bao gồm MALT 73,3%, NMZL 20,9%, SMZL 5,8%; trong đó vị trí thường gặp là dạ dày (25,6%) và mắt (24,4%). Nam nhiều hơn nữ (58,1% và 41,9%). Tuổi trung bình của MALT, NMZL, SMZL lần lượt là 54,6 tuổi; 52,8 tuổi; 55,8 tuổi. Nhóm MALT có tỉ lệ gặp triệu chứng B (7,9%), thiếu máu (20,6%), hạch to (1,6%), lách to (0%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm NMZL và nhóm SMZL. Nhóm MALT có tỉ lệ huyết sắc tố thấp (20,6%), số lượng tiểu cầu giảm (4,8%), bạch cầu tăng (9,5%), rối loạn hình thái tế bào tủy (11,1%), mật độ tế bào tủy tăng (7,9%), xâm lấn tủy (11,1%), Ki67 >30% (11,1%) thấp hơn so với nhóm NMZL và SMZL. Không có sự khác biệt về mô bệnh học giữa 3 nhóm MALT, NMZL, SMZL. **Kết luận:** MALT là nhóm bệnh thường gặp nhất và có sự khác biệt về các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng với NMZL và SMZL.

Từ khóa: MALT, NMZL, SMZL, MZL

*Trường Đại học Y Hà Nội,

**Viện Huyết học- Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Chiêm

Email: lequangchiem3689@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF MARGINAL ZONE LYMPHOMA (MZL) AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with Marginal zone lymphoma (MZLs) at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion from January 2015 to October 2021. **Methods:** A cross-sectional study was implemented among 86 MZL patients. **Results:** All 3 types including MALT (73.3%), NMZL (20.9%) and SMZL (5.8%) were found in our study; the more common affected locations were the stomach (25.6%) and the eyes (24.4%). The proportion of men was higher than women (58.1% and 41.9%, respectively). The mean age of MALT, NMZL and SMZL patients were 54.6; 52.8 and 55.8 years old, respectively. The incidences of B symptoms (7.9%), anemia (20.6%), lymphadenopathy (1.6%), splenomegaly (0%) in MALT group were statistically lower than those in NMZL and SMZL groups. The MALT group also had the rates of low hemoglobin concentration (20.6%), low platelet count (4.8%), high white blood cell count (9.5%), myeloid cell morphological disorder (11.1%), increased density of bone marrow cells (7.9%), bone marrow invasion (11.1%) and positive-Ki67 >30% (11.1%) lower than those of NMZL and SMZL groups. There was no histopathological difference between the 3 groups of MZLs. **Conclusion:** MALT is the most common type of MZLs and has the differences in clinical and subclinical features in comparison with NMZL and SMZL.

Key words: MALT, NMZL, SMZL, MZL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin tế bào B vùng rìa (Marginal zone lymphoma - MZL) là bệnh lý hiếm gặp, chiếm 7% trong tổng số các trường hợp u lympho không Hodgkin ở người trưởng thành [1]. Bệnh thuộc nhóm ung thư có độ ác tính thấp với ước tính khoảng 7460 trường hợp mắc mới tại Hoa Kỳ năm 2016. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 19,6 trên 1 triệu người, ở nam cao hơn nữ (20,5 so với 19,1). Theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO), MZL bao gồm ba nhóm nhỏ có sự tương đồng về hình thái và miễn dịch nhưng khác nhau về đặc điểm sinh bệnh học và lâm sàng [2],[3]. MZL thể dưới niêm mạc (Mucosa-associated lymphoid tissue - MALT) là nhóm thường gặp nhất, chiếm khoảng 70% trường hợp, được mô tả lần đầu tiên vào năm 1983 [1],[4],[5]. Các nhóm MZL thể hạch (nodal MZL) và MZL thể lách (Splenic MZL) ít gặp hơn, lần lượt chiếm tỉ lệ 20% và 10% [4],[5]. Tại Việt Nam, MZL bắt đầu được đưa vào hướng dẫn phân loại của Bộ y tế năm 2015. Các yếu tố nguy cơ của bệnh bao gồm tiền sử gia đình, yếu tố di truyền HLA, bệnh tự miễn dịch, nhiễm vi khuẩn *H. pylori* (MZL ở dạ dày), *C. psittaci* (MZL ở mắt), *B. burgdorferi* (MZL ở da), viêm gan C, HIV và cấy ghép nội tạng [1]. Vì vậy, biểu hiện lâm sàng của MZL đa dạng, có tính đặc trưng theo cơ quan nhiễm bệnh, dễ bị chẩn đoán nhầm lẫn với các thể ung thư tại cơ quan đích khác [3]. Theo thống kê, tỷ lệ sống sau 5 năm với MZL ở Hoa Kỳ là 84,4% và tương tự giữa các chủng tộc và giới tính, ở Anh là 77,2%, ở Hà Lan là 80%, ở Singapore là 86,7% [1]. Tiên lượng của mỗi nhóm MZL có sự khác nhau, MALT có tiên lượng tốt hơn so với NMZL và SMZL. Về vị trí, u có nguồn gốc đường tiêu hóa và phổi tiên lượng kém hơn so với ở mắt, da hay tuyến giáp [3]. Ngoài ra, trong một số trường hợp có thể theo dõi thêm bệnh nhân và các triệu chứng mới xuất hiện để lựa chọn điều trị [3],[6]. Do đó, việc chẩn đoán đúng giai đoạn và xác định được các yếu tố tiên lượng là then chốt quyết sự thành công lâu dài trong điều trị (5). Tại Việt Nam, đã có một số báo cáo riêng lẻ về MZL nhưng chưa đầy đủ và hệ thống. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân MZL tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2015 đến tháng 10/2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 86 bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không

Hodgkin tế bào B vùng rìa theo tiêu chuẩn của WHO 2008 tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2015 đến tháng 10/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin tế bào B vùng rìa [2]
- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án và đáp ứng được yêu cầu của nghiên cứu
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B vùng rìa tại các viện khác trước khi nhập viện Huyết học – Truyền máu TW.
- Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm tế bào máu ngoại vi, tế bào học và mô bệnh học tủy xương, sinh hoa máu, chẩn đoán hình ảnh đánh giá tổn thương đồng bộ
- Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính khác kèm theo
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc không đối chứng, kết hợp tiến cứu và hồi cứu

❖ **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu thuận tiện bao gồm 86 bệnh nhân trong đó có 42 bệnh nhân hồi cứu và 44 bệnh nhân tiến cứu. Đây là bệnh hiếm gặp

❖ Quy trình nghiên cứu

- + Khai thác bệnh sử: thời gian ủ bệnh, vị trí tổn thương, hội chứng B
- + Khám lâm sàng đánh giá tổn thương hạch và tổn thương ngoài hạch
- + Xét nghiệm: tế bào máu ngoại vi, tủy đồ, sinh thiết tủy xương làm giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch. Chẩn đoán hình ảnh bao gồm siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp PET-CT
- + Chẩn đoán xác định và phân loại: Theo phân loại u lympho không Hodgkin tế bào B theo WHO năm 2008 [2]
- + Chẩn đoán giai đoạn: Theo xếp giai đoạn theo Ann-Arbor [2]

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0, sử dụng các phép thống kê y học với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 10/2021, có 86 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B đến khám và điều trị tại Viện huyết học truyền máu Trung Ương. Trong đó, có 42 bệnh nhân hồi cứu và 44 bệnh nhân tiến cứu.

Kết quả như sau:

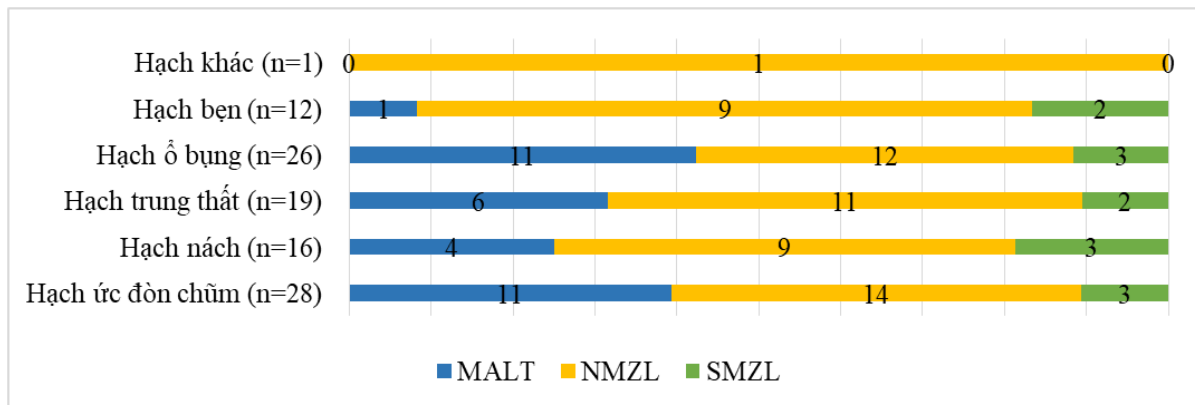
Bảng 3.8. Chẩn đoán thể lâm sàng bệnh (n=86)

Thể lâm sàng		n	%
MALT	Dạ dày	22	25,6
	Ruột	6	6,9
	Mắt	21	24,4
	Tuyến mang tai	4	4,7

	Phổi	4	4,7
	Gan	2	2,3
	Da	2	2,3
	Tuyến giáp	1	1,2
	Vú	1	1,2
	NMZL	18	20,9
	SMZL	5	5,8
	Tổng số	86	100

Bảng 3.9. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi, giới (n=86)

Đặc điểm	MALT (1)		NMZL (2)		SMZL (3)		Chung		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nhóm tuổi	20-29	3	4,8	2	11,1	0	0	5	5,8	p ₁₂ >0,05 p ₂₃ >0,05 p ₁₃ >0,05
	30-39	5	7,9	1	5,6	0	0	6	7,0	
	40-49	9	14,3	4	22,2	1	20	14	16,3	
	50-59	27	42,9	6	33,3	3	60	36	41,9	
	60-69	11	17,5	2	11,1	0	0	13	15,1	
	≥70	8	12,7	3	16,7	1	20	12	14,0	
	X±SD	54,6±13,0 (21-82)		52,9±15,2 (26-80)		55,8±11,5 (41-72)		54,3±13,3 (21-82)		
Giới	Nam	36	57,1	9	50,0	5	100	50	58,1	p ₁₂ >0,05 p ₂₃ >0,05 p ₁₃ >0,05
	Nữ	27	42,9	9	50,0	0	0	36	41,9	
Thời gian ủ bệnh	X±SD	20,8±30,0 (1-120)		9,8±14,9 (1-60)		13,4±21,5 (1-51)		18,1±27,3 (1-120)		p ₁₂ >0,05 p ₂₃ >0,05 p ₁₃ >0,05
Tổng số		63	100	18	100	5	100	86	100	--



Biểu đồ 3.2. Phân bố số lượng tổn thương tại hạch (n=86)

Bảng 3.10. Phân bố triệu chứng lâm sàng bệnh (n=86)

Triệu chứng	MALT (1)		NMZL (2)		SMZL (3)		Chung		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hội chứng B	Có	5	7,9	6	33,3	2	40,0	13	15,1	0,007
	Không	58	92,1	12	66,7	3	60,0	73	84,9	
Thiếu máu	Có	13	20,6	6	33,3	5	100	24	27,9	0,001
	Không	50	79,4	12	66,7	0	0	62	72,1	
Hạch to	Có	1	1,6	17	94,4	3	60,0	21	24,4	<0,001
	Không	62	98,4	1	5,6	2	40,0	65	75,6	
Lách to	Có	0	0	0	0	5	100	5	5,8	<0,001
	Không	63	100	18	100	0	0	81	94,2	
	I	38	60,3	3	16,7	0	0	41	47,7	p ₁₂ <0,001

Giai đoạn bệnh	II	18	28,6	3	16,7	0	0	21	24,4	p ₂₃ <0,001 p ₁₃ >0,05
	III	1	1,6	4	22,2	0	0	5	5,8	
	IV	6	9,5	8	44,4	5	100	19	22,1	
Nhóm nguy cơ	Thấp	32	50,8	6	33,3	0	0	38	44,2	p ₁₂ >0,05 p ₂₃ >0,05 p ₁₃ =0,04
	Trung bình	19	30,2	4	22,2	3	60,0	26	30,2	
	Cao	12	19,0	8	44,4	2	40,0	22	25,6	
Tổng số		63	100	18	100	5	100	86	100	--

Bảng 3.11. Phân bố đặc điểm cận lâm sàng bệnh (n=86)

(Bình thường: BT)

Đặc điểm	MALT(1)		NMZL(2)		SMZL(3)		Chung		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Huyết sắc tố	BT	50	79,4	12	66,7	0	0	62	72,1	p ₁₂ >0,05 p ₂₃ =0,01 p ₁₃ =0,001
	Thấp	14	20,6	6	33,3	5	100	24	27,9	
	X±SD	132,8±20,8 (53-167)		120,9±25,3 (38-148)		78,4±38,9 (22-112)		127,2±26,2 (22-167)		
Tiểu cầu	BT	60	95,2	15	83,3	1	20,0	76	88,4	p ₁₂ >0,05 p ₂₃ =0,02 p ₁₃ <0,001
	Thấp	3	4,8	3	16,7	4	80,0	10	11,6	
	X±SD	259,0±80,8 (63-485)		233,9±106,6 (35-522)		124,4±46,4 (66-178)		246,0±90,3 (35-522)		
Bạch cầu	Cao	6	9,5	4	22,2	4	80,0	14	16,3	p ₁₂ >0,05 p ₂₃ =0,03 p ₁₃ =0,001
	BT	55	87,3	13	72,2	1	20,0	69	80,2	
	Thấp	2	3,2	1	5,6	0	0	3	3,5	
Rối loạn hình thái	X±SD	7,2±2,1 (2,5-16)		8,3±4,9 (3,3-25,7)		49,4±42,4 (5-111)		9,8±13,8 (2,5-111)		<0,001
	Có	7	11,1	6	33,3	5	100	18	20,9	
	Không	56	88,9	12	66,7	0	0	68	79,1	
Mật độ tế bào	Giảm	3	4,8	0	0	0	0	3	3,5	p ₁₂ =0,03 p ₂₃ >0,05 p ₁₃ =0,002
	BT	55	87,3	12	66,7	1	20,0	68	79,1	
	Tăng	5	7,9	6	33,3	4	80,0	15	17,4	
Xâm lấn tủy	X±SD	7,2±2,1 (2,5-16)		8,3±4,9 (3,3-25,7)		49,4±42,4 (5-111)		9,8±13,8 (2,5-111)		<0,001
	Có	7	11,1	6	33,3	5	100	18	20,9	
	Không	56	88,9	12	66,7	0	0	68	79,1	
Ki67	≤30%	56	88,9	14	77,8	3	60,0	73	84,9	>0,05
	>30%	7	11,1	4	22,2	2	40,0	13	15,1	
	Tổng số	63	100	18	100	5	100	86	100	

Bảng 3.12. Đặc điểm mô bệnh học của nhóm bệnh nhân (n=86)

Đặc điểm	MALT		NMZL		SMZL		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tế bào u kích thước nhỏ	63	100	18	100	5	100	86	100
Tổn thương lympho-biểu mô	47	74,6	0	0	2	40	49	57
Chuyển dạng tế bào lớn	1	1,6	0	0	0	0	1	1,2
Thể Dutcher	18	28,5	0	0	0	0	18	20,9
Tăng tỷ lệ tế bào plasmô	26	41,3	7	38,9	0	0	33	38,4
Tăng sinh xơ	6	9,5	1	5,6	1	20	8	9,3
Tăng sinh mạch	10	15,9	3	16,7	1	20	14	16,3
Tổng số	63	100	18	100	5	100	86	100

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 6 năm từ 2015 đến 2021, có 86 trường hợp MZL được chẩn đoán và điều trị tại Viện huyết học Truyền máu Trung Ương. Kết quả phát hiện cả 3 thể MZL trong đó thể MALT chiếm tỉ lệ cao nhất 73,3%, tiếp theo là NMZL 20,9%, SMZL chiếm tỉ lệ thấp nhất 5,8%. Türkkan và cộng sự (2020) hồi cứu trên 64 trường hợp MZL cho thấy MALT chiếm 78,1%, NMZL chiếm 21,9%, không phát hiện trường hợp

nào SMZL[3]. Trong một nghiên cứu khác của Mazloom và cộng sự trên 275 bệnh nhân tìm thấy 77% trường hợp MALT, 10% NMZL và 13% SMZL [7]. Như vậy kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả. Trong tất cả các thể của MZL, MALT là thể thường gặp nhất, trong đó đặc biệt là tổn thương tại dạ dày (chiếm 25,6%), tiếp đến là ở mắt, thấp hơn ở tuyến mang tai, phổi, gan, da, vú và tuyến giáp. Theo Nakamura (2020), tỉ lệ MALT ở dạ dày là 35%, mắt 13%, da 9%, phổi 9%, tuyến nước bọt 8%, tuyến vú

3% và tuyến giáp 2%[5]. Nhóm nghiên cứu cho rằng, một trong những lý do MZL phổ biến ở nhóm ngoài hạch và lách (nhóm MALT) là mối liên quan giữa sinh bệnh học với các tác nhân nhiễm trùng, trong đó phải kể đến *H. pylori* ở dạ dày [5].

Tuổi là một yếu tố tiên lượng quan trọng, đặc biệt nhóm trên 70 tuổi có liên quan đến kết cục của bệnh[8]. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $54,3 \pm 13,3$ tuổi (thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 82 tuổi). Kết quả này thấp hơn so với Türkkán (2020) với tuổi trung bình 64 tuổi [3]. Về các dưới nhóm, thể NMZL có độ tuổi trung bình thấp nhất 52,9% tuổi, SMZL cao nhất 55,8 tuổi còn MALT là 54,6 tuổi. Theo Mazloom (2010), tuổi trung bình của NMZL, SMZL, MALT lần lượt là 56 tuổi, 64 tuổi, 59 tuổi [7]. Nhìn chung, nhóm NMZL thường gặp ở nhóm tuổi trẻ hơn, chủ yếu thuộc nhóm dưới 60 tuổi, có lẽ vì vậy mà ở nhóm này có tiên lượng điều trị tốt hơn. So sánh về giới, nhóm nghiên cứu nhận thấy nam nhiều hơn nữ (58,1% và 41,9%) tuy nhiên không có sự khác biệt đáng kể tương tự như nghiên cứu của Türkkán (2020) hay Mazloom (2010) [3],[7].

Về triệu chứng lâm sàng bệnh, triệu chứng B là biểu hiện thường gặp nhất trong nhóm u lympho không Hodgkin [6]. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng B trong nghiên cứu này là 15,1%, trong đó cao nhất ở nhóm NMZL với 33,3%, thấp nhất ở nhóm MALT 7,9%. Kết quả này phù hợp với Türkkán (2020), tỷ lệ triệu chứng B của MZL là 17,2% [3]. Theo Mazloom (2010), triệu chứng B chủ yếu gặp ở nhóm SMZL với 27%, tiếp theo là NMZL 8%, thấp nhất là MALT 5% [7]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả. Triệu chứng B có tính chất gợi ý bệnh, xuất hiện với tần số thấp, trong đó thể MALT rất ít gặp, có thể bởi vì tổn thương của bệnh xuất hiện chủ yếu ở niêm mạc của các cơ quan, nhưng ít xuất hiện ở hạch. Thật vậy, kết quả bảng 3.3 cho thấy chỉ có 1 trường hợp MALT có hạch to so với 17 trường hợp NMZL và 3 trường hợp SMZL.

Về các đặc điểm cận lâm sàng, có sự khác biệt về các đặc điểm nồng độ huyết sắc tố, số lượng bạch cầu cũng như các đặc điểm trên sinh thiết tủy xương về rối loạn hình thái, mật độ tế bào, xâm lấn tủy giữa nhóm MALT và nhóm NMZL, SMZL. Các bệnh nhân MALT ít gặp trường hợp nồng độ huyết sắc tố thấp, số lượng bạch cầu thấp nhưng có tỷ lệ rối loạn hình thái và xâm lấn tủy cao hơn so với hai nhóm còn lại. Kết quả này cũng tương tự như Mazloom (2010), tỷ lệ

bệnh nhân có nồng độ huyết sắc tố giảm ở nhóm MALT là 14% thấp hơn nhóm NMZL 30% và SMZL 70% [7]. Các nghiên cứu đều chỉ ra, không có sự khác biệt về hình thái cũng như đặc điểm trên mô bệnh học giữa các nhóm MZL khác nhau [2],[3],[4]. Kết quả của chúng tôi thể hiện ở bảng 3.5 cho thấy có 74,6% trường hợp tổn thương lympho-biểu mô. Tổn thương lympho-biểu mô được xác định bởi sự xâm nhập và biến dạng của các cấu trúc biểu mô bởi tập hợp (thường lớn hơn hoặc bằng ba) tế bào u lympho. Sự xuất hiện tổn thương lympho-biểu mô là một dấu hiệu chỉ điểm quan trọng của MZL. Theo Kamal (2006), tỷ lệ phát hiện dấu hiệu này là 100% [9]. Các dấu hiệu đặc trưng khác cũng được phát hiện như thể Dutcher chiếm 20,9% trường hợp, tăng tỷ lệ plasmo chiếm 38,4% trường hợp. Việc tăng sinh plasmo là một yếu tố gây nhiễu, đôi khi làm lu mờ thành phần tế bào B nhỏ và làm sai lệch chẩn đoán. Trong những trường hợp này, MZL cần phải được chẩn đoán phân biệt với u lympho dạng tương bào và u tương bào. Việc kết hợp hóa mô miễn dịch, điện di miễn dịch và đánh giá tủy xương là rất cần thiết trong những trường hợp này [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 86 trường hợp MZL, thể lâm sàng chủ yếu là MALT 73,3%, NMZL 20,9%, SMZL 5,8%; trong đó vị trí thường gặp dạ dày 25,6% và mắt 24,4%, ở nhóm trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Có sự khác biệt về các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng giữa ba thể MALT, NMZL và SMZL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cerhan J.R., Habermann T.M. (2021).** Epidemiology of Marginal Zone Lymphoma. *Annals of Lymphoma*, 5, 1-19.
2. **Campo E., Swerdlow S.H., Harris N.L. et al (2011).** The 2008 WHO classification of lymphoid neoplasms and beyond: evolving concepts and practical applications. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 117(19), 5019-5032.
3. **Türkkán G., Alkan A., Paydaş S. et al (2020).** Demographical and Clinical Features of Marginal Zone Lymphomas: A Retrospective Study of Turkish Oncology Group (TOG). *Indian J Hematol Blood Transfus*, 36(4), 640-645.
4. **Knauf W., Abenhardt W., Koenigsmann M. et al (2021).** Rare lymphomas in routine practice - Treatment and outcome in marginal zone lymphoma in the prospective German Tumour Registry Lymphatic Neoplasms. *Hematol Oncol*, 39(3), 313-325.
5. **Nakamura S., Ponzone M. (2020).** Marginal zone B-cell lymphoma: lessons from Western and Eastern diagnostic approaches. *Pathology*, 52(1), 15-29.
6. **Zucca E., Arcaini L., Buske C. et al (2020).**

Marginal zone lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology*, 31(1), 17-29.

7. **Mazloom A., Medeiros L.J., McLaughlin P.W. et al (2010).** Marginal zone lymphomas. *Cancer*, 116(18), 4291-4298.

8. **Alderuccio J.P., Lossos I.S. (2020).** Prognostic factors and risk of transformation in marginal zone lymphoma. *Ann. Lymphoma*, 4, 1-14.

9. **El-Hawary A.K. (2006).** Histopathological assessment and immunohistochemical study of nasopharyngeal low grade MALT lymphoma. *J Egypt Natl Canc Inst*, 18(2), 103-108.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT BỆNH NHÂN BIẾN DẠNG CỘT SỐNG DO THOÁI HÓA BẰNG PHƯƠNG PHÁP CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG LỐI SAU NGỰC THẮT LƯNG ĐẾN S2 BẰNG VÍT QUA KHỚP CÙNG CHẬU, GIẢI ÉP, HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT THẮT LƯNG CÙNG TẠI KHOA PHẪU THUẬT CỘT SỐNG BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Lê Bảo Tiên¹, Nguyễn Việt Lực¹, Võ Văn Thanh^{1,2}, Ngô Thanh Tú¹, Phạm Hồng Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự cải thiện kết quả lâm sàng và chỉ số trên phim Xquang toàn bộ cột sống sau phẫu thuật điều trị biến dạng cột sống thoái hóa bằng phương pháp phẫu thuật cố định cột sống lối sau ngực thắt lưng đến S2 bằng vít qua khớp cùng chậu, giải ép, hàn xương liên thân đốt thắt lưng cùng (Long Fusion from Sacrum to Thoracic Spine - LFSTS). **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu trên 15 bệnh nhân được chẩn đoán Biến dạng cột sống thoái hóa ở người trưởng thành (Adult spinal deformity - ASD) được phẫu thuật LFSTS tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2018 đến tháng 01/2021. **Kết quả:** có 14 bệnh nhân nữ (93,3%) và 1 bệnh nhân nam (6,7%), độ tuổi trung bình là 63,6±6,4. Sự cải thiện về SVA trước mổ là 75,19mm sau mổ là 42,22mm. Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân qua các chỉ số ODI, bộ câu hỏi SRS-22. **Kết luận:** Phẫu thuật LFSTS đem lại kết quả tốt về cân bằng đứng dọc trên Xquang và sự cải thiện về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Từ khóa: S2 cùng chậu, biến dạng cột sống, người trưởng thành, vẹo cột sống, thoái hóa.

SUMMARY

EARLY RESULT OF LONG FUSION FROM SACRUM USING SACROILIAC SCREW TO THORACIC SPINE AND POSTERIOR DECOMPRESSION IN VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate of the improvement of clinical results on preoperative and postoperative SRS

and ODI scores and radiographical parameters on posteroanterior and lateral full-length (36-inch) radiographs of the entire spinopelvic axis. **Methods:** We study on 15 spinal deformity patients undergoing surgical treatment by Long Fusion from Sacrum to Thoracic Spine - LFSTS between January 2018 and January 2021 at Viet Duc hospital. **Results:** There were 15 case identified. The mean age of surgery was 63,6±6,4, 93,3% of patients were women(14), and 6,7% were men (1). Pre- operative SVA was 75,19mm and po-operative was 42,22mm. **Conclusion:** LFSTS provides a good result at sagittal balance on Radiographical parameters and improvement in HRQL.

Keywords: S2 ala iliac screw, adults, spinal deformity, degenerative, scoliosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến dạng cột sống được định nghĩa là bất thường trục, hình thái, hay đường cong của một hay nhiều đoạn cột sống. Biến dạng cột sống ở người trưởng thành (ASD) là một phổ rộng các tình trạng gây lệch trục cột sống, có thể dẫn đến đau, tổn thương thần kinh và/hoặc mất chức năng.¹ Các biến dạng này có thể bao gồm mọi tổ hợp trên các mặt phẳng ngang, đứng ngang, và đứng dọc.² Tại Bắc Mỹ, tỉ lệ mắc biến dạng cột sống ở người trưởng thành đang tăng lên do dân số già hóa, dịch chuyển nhân khẩu học, tăng tuổi thọ trung bình, và cũng có thể do bệnh ngày càng dễ phát hiện. Nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi ở Hoa Kỳ (là nhóm thường gặp biến dạng do thoái hóa nhất) đã tăng từ 12,5 triệu (10%) năm 1990 thành 47,7 triệu (15%) năm 2015 và được dự đoán sẽ tăng đến 91,5 triệu (23%) năm 2060. Tỉ lệ vẹo cột sống ở người trưởng thành được báo cáo tăng từ 1% lên đến 30%.¹ Tại khoa Phẫu thuật cột sống, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi khám và điều trị trung bình

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Thanh

Email: thanhhhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2021

Ngày duyệt bài: 23.11.2021