

## GIẢI PHẪU BỆNH - TẾ BÀO

U TẾ BÀO HẠT Ở PHỔI:  
BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VĂNLương Việt Bằng<sup>1</sup>, Hoàng Thị Duyên<sup>1</sup>,  
Ngô Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Trịnh Tuấn Dũng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

U tế bào hạt là một loại u trung mô có nguồn gốc tế bào Schwann, thường gặp ở lưỡi, da và mô mềm. Ở phổi, u tế bào hạt rất hiếm gặp, thường nằm ở cây khí phế quản. U tế bào hạt ở phổi có thể gây khó khăn trong chẩn đoán do tính chất hiếm gặp và do bản thân u cũng có nguy cơ ác tính. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam giới 35 tuổi, đi khám vì ho kéo dài và được phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh có u ở trung tâm thùy trên phổi phải chưa loại trừ là ung thư. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo vét hạch. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u tế bào hạt lành tính. Theo dõi 24 tháng sau mổ không có tái phát. Trường hợp này cho thấy xét nghiệm mô bệnh học là căn cứ quan trọng để chẩn đoán xác định bệnh và các trường hợp u tế bào hạt lành tính có thể điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật.

**Từ khóa:** u tế bào hạt, u tế bào hạt ở phổi, cây khí phế quản

## SUMMARY

PULMONARY GRANULAR CELL TUMOR: A CASE  
REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Granular cell tumor is a rare mesenchymal neoplasm with Schwannian origin that is commonly found in tongue, skin and soft tissue. Pulmonary granular cell tumor is exceptionally rare, usually in tracheobronchial tree. Pulmonary granular cell tumor could pose a diagnostic challenge due to its infrequency and its own risk of malignancy. We reported a 35-year-old man presented with persistent coughing. Imaging study revealed a tumor in the center of pulmonary right upper

lobe suspecting malignancy. Our patient undergone lobectomy with regional lymphadenectomy. The post-surgery histopathological result was a benign granular cell tumor. Twenty-four months post-surgery, no locoregional recurrence was found. This case highlights the importance of histopathological examination to reach a definitive diagnosis and benign granular cell tumor could be managed effectively by surgery.

**Keywords:** granular cell tumor, pulmonary granular cell tumor, tracheobronchial tree

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào hạt (UTBH) được mô tả lần đầu bởi Abrikossoff vào năm 1926 và ban đầu được gọi là u nguyên bào cơ.<sup>1</sup> Các nghiên cứu hiện nay đã chứng minh UTBH có nguồn gốc từ tế bào Schwann.<sup>2</sup> UTBH thường ở lưỡi, da và mô mềm, còn ở phổi thì không thường gặp.<sup>3-5</sup> Tại phổi, UTBH chủ yếu nằm ở cây khí phế quản.<sup>4</sup> UTBH có một tỷ lệ nhỏ ác tính.<sup>3,5,6</sup> Do tính chất hiếm gặp, UTBH ở phổi có thể bị nhầm lẫn với các thực thể khác. Trong bài báo này chúng tôi báo cáo một trường hợp UTBH ở phổi được chẩn đoán và điều trị tại cơ sở của mình.

## Ca bệnh

Nam giới 35 tuổi, tiền sử hút thuốc 10 bao năm, đi khám vì ho kéo dài xuất hiện 3 tháng nay. Khám lâm sàng và kết quả xét nghiệm máu không có gì đặc biệt. Trên cắt lớp vi tính lồng ngực thấy có khối u ở trung tâm thùy trên phổi phải, bờ khá đều, kém bắt thuốc, gây bí tắc phế quản và xẹp vùng thùy trên sau u (Hình 1). Vùng trung thất thấy có nhiều hạch

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Tác giả liên hệ: Lương Việt Bằng

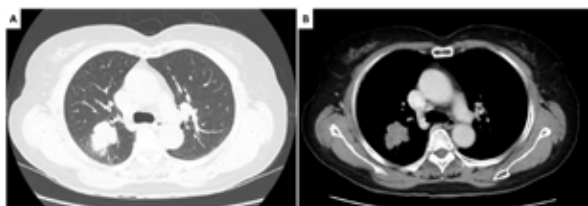
Email: banglv@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 13/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/7/2026

Ngày duyệt bài: 5/8/2026

bắt thuốc không đồng nhất. Bệnh nhân được chẩn đoán sơ bộ là U thùy trên phổi phải chưa loại trừ ác tính và được chỉ định phẫu thuật cắt thùy trên phổi phải và nạo vét hạch vùng.



Hình 1: Cắt lớp vi tính lồng ngực. A – Thùy trên phổi phải có u ở trung tâm, bờ khá đều, gây bít tắc phế quản và xẹp phổi sau u; B – U kém bắt thuốc.

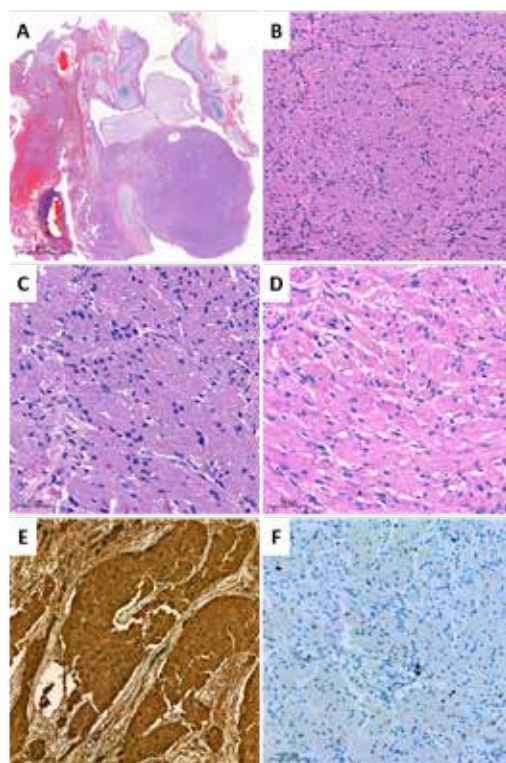
Đại thể: Bệnh phẩm nhận được là hạch nhóm 10 gửi rời và thùy trên phổi phải chứa u kèm hạch nhóm 7. Thùy phổi kích thước 9 x 4,5 x 3,5 cm, có 1 khối u nằm sát diện cắt rốn phổi, gây bít tắc lòng phế quản, kích thước 2,8 x 2,5 x 2 cm, diện cắt u đặc, màu trắng ngà (Hình 2). Các nhánh phế quản sau u giãn rộng và chứa đầy chất nhầy.



Hình 2: Hình ảnh đại thể. Bệnh phẩm thùy trên phổi phải có u nằm ở trung tâm gây bít tắc phế quản, các phế quản sau u giãn và chứa đầy chất nhầy.

Vi thể: Mô u gồm các đám tế bào có bào

tương rộng, dạng hạt, ưa toan, ranh giới rõ, các hạt bào tương bắt màu Periodic Acid Schiff (PAS); nhân nhỏ, đều nhau, chất nhiễm sắc mịn, hạt nhân nhỏ (Hình 3A-3D). Không thấy nhân chia, không thấy tế bào không điển hình hoặc hoại tử, không thấy xâm nhập mạch hoặc xâm nhập quanh thần kinh. Nhuộm hóa mô miễn dịch thấy các tế bào u dương tính với S100 và chỉ số Ki67 <1% (Hình 3E-3F). Diện cắt và các hạch vùng nhận được không có tế bào u. Chẩn đoán giải phẫu bệnh là u tế bào hạt lành tính.



Hình 3: Hình ảnh vi thể. A – Khối u từ thành phát triển lõi vào lòng phế quản (HE x 4); B – Mô u cấu trúc gồm các đám đặc lan tỏa (HE x 10); C – Các tế bào u có bào tương rộng, dạng hạt ưa toan (HE x 40); D – Các hạt bào tương tế bào u bắt màu PAS (PAS x 40); E – Các tế bào u dương tính với S100 (S100 x 20); F – Chỉ số Ki67 < 1% (Ki67 x 20).

Bệnh nhân có giai đoạn hậu phẫu bình thường. Sau mổ không có điều trị gì thêm. Theo dõi 24 tháng sau mổ không có tái phát.

### Y đức

Việc sử dụng các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng trong bài báo cáo ca bệnh này đã được sự đồng thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh (IRB.TAHN.138).

## II. BÀN LUẬN

UTBH hiếm gặp ở phổi, chỉ chiếm 6-10% các trường hợp UTBH nói chung.<sup>3-5</sup> U có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, với độ tuổi trung bình khoảng 40 và tỷ lệ nam:nữ từ 1:1,3 đến 1:1,7.<sup>4,5</sup> UTBH ở phổi kích thước có thể lên tới 8 cm, thường gặp ở cây khí phế quản, trong đó 78,3% ở phế quản, 12,5% ở khí quản và 9,1% ở trong nhu mô phổi.<sup>4</sup> Phần lớn các trường hợp UTBH ở phổi có triệu chứng và hay gặp là ho, khó thở, đau ngực.<sup>5</sup> UTBH ở phổi thường là khối đặc có bờ đều, ranh giới rõ, tuy nhiên khoảng 20% trường hợp có bờ tua gai và phát triển kiểu thâm nhiễm.<sup>4,7</sup> UTBH ở phổi có tỷ lệ ác tính từ 2,5 đến 8,6%.<sup>4,5</sup> Tương tự như ở các cơ quan khác, chẩn đoán UTBH ác tính ở phổi tuân theo tiêu chuẩn Fanburg-Smith bao gồm 6 yếu tố: (1) nhân đa hình, (2) tế bào hình thoi, (3) nhân dạng túi với hạt nhân nổi bật, (4) tỷ lệ nhân/bào tương tăng, (5) hoại tử và (6) nhiều nhân chia (> 2 nhân chia/10 vi trường độ phóng đại cao), trong đó u ác tính khi có từ 3 tiêu chuẩn trở lên.<sup>8</sup> Đột biến đặc trưng cho UTBH là đột biến mất chức năng các gene phụ trợ V-ATPase như ATP6AP1 và ATP6AP2.<sup>2</sup>

UTBH ở phổi có thể bị nhầm lẫn với các thực thể khác. Trên chẩn đoán hình ảnh, UTBH cần được phân biệt với các u khác nằm

ở trung tâm như ung thư tế bào nhỏ và ung thư tế bào vảy. Trên vi thể, UTBH cần được phân biệt với các tổn thương có các tế bào với bào tương rộng, dạng hạt, ưa toan như u thần kinh nội tiết tế bào ái toan, ung thư biểu mô tế bào nang và các bệnh tăng sinh mô bào như u hạt vàng hay malakoplakia.<sup>2,9</sup> Chẩn đoán xác định UTBH phải dựa trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Các tế bào u biểu hiện các dấu ấn của tế bào Schwann như S100 và SOX10, dương tính với CD68, âm tính với các dấu ấn biểu mô (CK) và thần kinh nội tiết (CD56, Synaptophysin, Chromogranin).<sup>2,9</sup> Khác với u tế bào Schwann, UTBH không có thâm nhiễm lympho bào hoặc hình ảnh mạch máu thành dày kính hóa.<sup>9</sup>

Điều trị UTBH ở phổi hiện nay chưa có phác đồ tiêu chuẩn. Dựa theo kích thước u và phạm vi xâm lấn các u nhỏ dưới 1 cm có thể được điều trị bằng cắt bỏ qua nội soi phế quản hoặc đốt laser trong khi các khối u lớn trên 1 cm thường phải phẫu thuật để lấy trọn u.<sup>3,4</sup> Các UTBH lành tính có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật.<sup>3</sup> Tiên lượng các trường hợp UTBH ác tính còn khó khăn do thiếu dữ kiện.<sup>4</sup>

Bệnh nhân của chúng tôi có tiền sử hút thuốc, có u kích thước > 1 cm, nằm ở trung tâm thùy trên phổi phải gây bít tắc lòng phế quản và xẹp phổi sau u, do đó trong chẩn đoán sơ bộ chưa loại trừ được u ác tính. Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt thùy phổi. Xét nghiệm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch trên bệnh phẩm phẫu thuật đã giúp chẩn đoán xác định UTBH lành tính ở phổi. Cuộc phẫu thuật đã thành công lấy bỏ toàn bộ khối u, bệnh nhân không có điều trị gì thêm và theo dõi sau 24 tháng không có dấu hiệu tái phát.

### III. KẾT LUẬN

Ở phổi, UTBH là một loại u hiếm gặp, có nguy cơ ác tính và có thể bị nhầm lẫn với các thực thể khác. Xét nghiệm mô bệnh học kết hợp hóa mô miễn dịch là chìa khóa để chẩn đoán xác định bệnh. Các trường hợp UTBH lành tính có thể điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật.

#### Tuyên bố

Các tác giả không có mâu thuẫn lợi ích liên quan đến quá trình nghiên cứu, quyền tác giả và xuất bản bài báo này.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrikossoff AL.** Über myome: ausgehend von der quergestreiften willkürlichen Muskulatur. Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin. 1926;260(1):215-233.
2. **Jain D, J. Lazar A, Joseph JM, T. Larsen B, Glass C.** Granular cell tumour of the thorax. In: WHO Classification of Tumours Editorial Board. Thoracic Tumours. WHO classification of tumours series
3. **Sodagar A, Paulino S, Javed N, Molina M, Khaja M.** Rare Pulmonary Granular Cell Tumor Presenting as an Endobronchial Lesion: A Case Report. Cureus. Published online March 12, 2025. doi:10.7759/cureus.80471
4. **Houcine Y, Mlika M, Moussa C, et al.** Granular cell tumor of the lung and tracheobronchial tree: Two case-presentation with a review of the literature. Rare Tumors. 2023;15:20363613231187822. doi:10.1177/20363613231187822
5. **Zhang H, Hu F, Zhang X, et al.** Clinicopathological characteristics and gene analysis of pulmonary granular cell tumor in three cases and a systematic review. Transl Cancer Res TCR. 2020;9(8):4834-4846. doi:10.21037/tcr-20-133
6. **Davis R, Deak K, Glass CH.** Pulmonary Granular Cell Tumors: A Study of 4 Cases Including a Malignant Phenotype. Am J Surg Pathol. 2019;43(10):1397-1402. doi:10.1097/PAS.0000000000001303
7. **Gu H, Yu L, Wu Y.** Imaging Features and Clinical Characteristics of Granular Cell Tumors: A Single-Center Investigation. Diagnostics (Basel). 2025;15(11):1336. doi:10.3390/diagnostics15111336
8. **Fanburg-Smith JC, Meis-Kindblom JM, Fante R, Kindblom LG.** Malignant granular cell tumor of soft tissue: diagnostic criteria and clinicopathologic correlation. Am J Surg Pathol. 1998;22(7):779-794. doi:10.1097/00000478-199807000-00001
9. **Zander DS, Farver CF, eds.** Granular cell tumor. In: Pulmonary Pathology. Third edition. Elsevier; 2025:638-640.