

- mental disorders among women in rural Vietnam. *Int Health*, 5(1), 29–37.
7. **Klainin P. and Arthur D.G.** (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud*, 46(10), 1355–1373.
8. **Eberhard-Gran M., Tambs K., Opjordsmoen S., et al.** (2004). Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 25(1), 15–21.

U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TRUNG THẤT - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Cung Văn Công¹

TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) 2017 của tổ chức Y tế thế giới (WHO), các khối u hạch được chia thành 5 nhóm chính: (1) U tiền chất của hạch (Precursor Lymphoid Neoplasm); (2) U tế bào B trưởng thành (Mature B- Cell); (3) U tế bào T và NK trưởng thành (Mature T-and NK-Cell); (4) U lympho Hodgkin (Hodgkin Lymphomas); (5) Suy giảm miễn dịch liên quan đến rối loạn tăng sinh bạch huyết (Immunodeficiency Associated Lymphoproliferative disorder). Trong thực hành lâm sàng, để đơn giản, ung thư hạch được xem xét trong hai nhóm chính là Hodgkin (HL) và không Hodgkin (NHL). Chỉ có những khối u phổ biến nhất, hoặc thường dẫn đến biểu hiện tại ngực mới được xem xét chi tiết. Ung thư tế bào B trưởng thành thuộc nhóm NHL. Ung thư hạch là bệnh lý thường gặp và có khoảng 4% liên quan đến chẩn đoán bệnh lý hạch trung thất, rốn phổi và nhu mô phổi. Ung thư hạch là bệnh lý nguyên phát của hệ thống bạch huyết. Mặc dù HL ít phổ biến hơn trong hai loại, chỉ chiếm 25% đến 30% các ca bệnh song phổ biến hơn NHL trong các bệnh lý trung thất. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh nhân (BN) nam, 43 tuổi, đến khám và điều trị tại bệnh viện Phổi trung ương, được chẩn đoán xác định NHL loại tế bào B trưởng thành (MB-C) bằng mô bệnh học (MBH) và hoá mô miễn dịch (HMMD), vị trí trung thất trước cùng với phương cách tiếp cận chẩn đoán để các đồng nghiệp cùng tham khảo.

Từ khoá: Ung thư hạch bạch huyết; U lympho không Hodgkin tế bào B, ung thư hạch Hodgkin, hoá mô miễn dịch.

SUMMARY

B-CELL NON – HODGKIN LYMPHOMA IN THE MEDIASTINUM - CASE REPORT AND DOCUMENTARY OVERVIEW

The 2017 histopathological classification of the World Health Organization (WHO), the lymph node tumors are divided into 5 main groups: (1) Precursor Lymphoid Neoplasm; (2) Mature B-cell tumor; (3) Mature T-and NK-Cell tumors; (4) Hodgkin

Lymphomas; (5) Immunodeficiency Associated Lymphoproliferative disorder. In clinical practice, for simplicity, lymphoma is considered in two main groups, Hodgkin (HL) and non-Hodgkin (NHL). Only the tumors that are most common, or often lead to chest manifestations, are considered in detail. Mature B-cell cancer belongs to the NHL group. Lymphoma is a common disease and is associated with approximately 4% of the diagnoses of mediastinal, hilar, and parenchymal lymphadenopathy. Lymphoma is a primary disease of the lymphatic system. Although HL is less common of the two types, accounting for only 25% to 30% of cases, but it is more common than NHL in mediastinal disorders. We present a 43-year-old male patient, who came to the National Lung Hospital for examination and treatment, was diagnosed with mature B-cell NHL by histopathology and immunohistochemistry in anterior mediastinal location with diagnostic approach for colleagues reference.

Keywords: Lymphoma; Mature B-Cell lymphoma; Hodgkin Lymphoma; Immunohistochemistry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ lymphoma không Hodgkin (NHL) đề cập đến một nhóm u hạch đa dạng, nhiều hình thái mô học và các biểu hiện lâm sàng, các dấu hiệu hình ảnh, diễn tiến và tiên lượng khác nhau. NHL chiếm khoảng 3% khối u ác tính ở người lớn. Hầu hết bệnh nhân NHL có tiên lượng tốt, và trong nhiều trường hợp, việc điều trị có thể bị trì hoãn trong nhiều năm. Tuy nhiên, một số BN sẽ có một quá trình tăng tốc và có thể chuyển đổi thành u lympho có mức ác tính cao. Mặc dù những u lympho này thường được coi là không thể chữa khỏi, song hầu hết BN có thể mong đợi một tuổi thọ tương tự như tuổi thọ của dân số nói chung, ngoại trừ những người trẻ tuổi khi được chẩn đoán và những người, sau khi điều trị toàn thân ban đầu, tiến triển nhanh hoặc chuyển đổi thành u lympho mức độ ác tính cao (8–10%). Một tiền đề được xác định là điều trị sớm NHL không cải thiện được khả năng sống sót, và nhiều BN có thể được theo dõi trong nhiều năm trước khi được chỉ định điều trị.^{1,2}

Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ ban đầu phân loại NHL gồm mức độ thấp, trung

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

bình và cao dựa trên mô học và tiên lượng. Năm 1994, Nhóm nghiên cứu ung thư hạch quốc tế đã đề xuất một danh sách thống nhất phân loại các khối u bạch, và công bố này được coi như là sửa đổi phân loại cũ của Âu - Mỹ (phân loại REAL). Phân loại các khối u hạch ác tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) sau đó đã được phát triển, sử dụng một phân loại cập nhật của REAL. Một số lượng lớn các loại khối u hạch cụ thể đã tạo nên sự phân loại này và sự phân biệt giữa các trường hợp như thấp, trung bình, hoặc cao đã không còn được áp dụng nữa. Tuy nhiên, các thuật ngữ này vẫn được sử dụng để mô tả NHL.³

NHL thường xảy ra ở người cao tuổi (40 đến 70; trung bình 55 năm) so với HL. NHL cũng phổ biến hơn so với HL ở trẻ em.¹

Tỉ lệ phát hiện NHL cao hơn đáng kể ở những BN suy giảm miễn dịch. NHL có liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch bẩm sinh, nhiễm HIV / AIDS và điều trị ức chế miễn dịch. Cũng như HL, NHL thường biểu hiện ở ngực, gặp từ 40% đến 50% các trường hợp với biểu hiện hạch trung thất là bất thường phổ biến nhất, hiện diện trên 75% số các BN có biểu hiện bệnh ở ngực.^{1,4}

Sự to ra của các hạch bạch huyết ở trước khí quản, trung thất trước hoặc hạch trung thất trên là sự bất thường hay gặp nhất ở BN NHL; 75% BN có bất thường hạch lớn trước mạch máu hoặc cạnh khí quản; Hạch lớn dưới Carina hiện diện ở khoảng 30%; rốn phổi (20%); sau mạch máu, trung thất sau (20%); và các hạch cạnh tim (10%).^{1,5}

Các khối hạch lớn trung thất có thể xuất hiện các vùng tỷ trọng thấp, dấu hiệu của hoại tử hoặc nang. Hiếm khi thấy dấu hiệu của vôi hóa.¹

CT nhạy hơn chụp X quang ngực trong việc phát hiện hạch to ở bệnh nhân NHL, rất hữu ích nhất trong việc phát hiện các hạch dưới Carina, hạch trung thất sau và hạch cạnh tim.¹

Trên MRI, khối u hạch NHL thường xuất hiện đồng tín hiệu trên ảnh T1W; có thể thấy cường độ tín hiệu cao đồng nhất tương tự như tổ chức mỡ trên T2W bởi các hạch có thể bị lấp đầy gần như toàn bộ các tế bào ác tính mà tổ chức mô sợi là không đáng kể. Tuy nhiên, các vùng hoại tử có thể được nhìn thấy trên các hình ảnh T2W hoặc với tăng cường độ tín hiệu và không ngấm thuốc đối quang từ.¹

Chẩn đoán xác định NHL căn cứ vào GPB/MBH kết hợp hoá mô miễn dịch (HMMD). Sinh thiết hạch trung thất dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính hoặc nội soi siêu âm (EBUS - TBNA) hiện nay đã trở nên phổ biến.⁶

Điều trị thường sử dụng hoá chất, đôi khi kết

hợp các chất miễn dịch (kháng thể đơn dòng) và xạ trị (tại chỗ, điều trị triệu chứng). Cấy ghép tế bào gốc thường áp dụng với những trường hợp điều trị theo phác đồ chuẩn mà bệnh không thuyên giảm hoặc tái phát hoặc chuyển dạng ác tính hơn.⁶

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam, 43 tuổi, đến khám và điều trị tại bệnh viện Phổi trung ương vì hạch to vùng cổ.

Bệnh sử: Trước khi đến viện khám khoảng 1 tháng BN thấy xuất hiện hạch cổ to, không sưng nóng, không dò dịch kèm đau ngực, khó thở khi gắng sức, ho có đờm, không ho ra máu, mệt mỏi, ăn ngủ kém. Bệnh nhân đã đến khám tại y tế cơ sở, được chụp CT ngực, chẩn đoán theo dõi u trung thất => chuyển BV Phổi trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh, tiếp xúc tốt; thể trạng trung bình; da niêm mạc kém hồng, không phù, không xuất hiện dưới da. Vị trí hố thượng đòn phải sờ thấy 1 hạch, # 2cm, mật độ chắc, ấn đau nhẹ. Khám các hệ cơ qua khác (Hô hấp, tim mạch, tiêu hoá, thận-tiết niệu, thần kinh, cơ -xương - khớp, TMH, RHM) không thấy gì bất thường. Mạch 100 lần /phút; Nhiệt độ 36,5 độ C; HA 130/70 mmHg; nhịp thở 20 lần /phút; nặng 67 kg; cao 160 cm, BMI 26.2

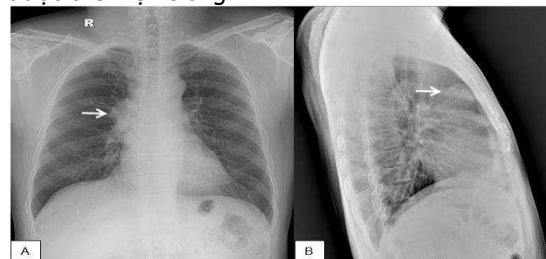
Các xét nghiệm cơ bản đã được tiến hành (công thức máu, sinh hoá máu, sinh hoá nước tiểu, đông máu cơ bản, khí máu) tất cả trong giới hạn bình thường, ngoại trừ men gan tăng nhẹ (GOT: 43 U/L; GPT: 51 U/L).

Các xét nghiệm về lao (AFB đờm trực tiếp; Gene Xpert MTB; Nuôi cấy MGIT): âm tính. Xét nghiệm PCR Sars - CoV- 2: âm tính.

Siêu âm tim, điện tim, siêu âm ổ bụng tổng quát không thấy bất thường.

Nội soi phế quản: Niêm mạc khí - phế quản xung huyết theo dõi do viêm

Bệnh nhân được chụp phim X quang ngực qui ước (thẳng và nghiêng phải). Kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 1.



Hình 1. X quang ngực thẳng và nghiêng phải khi BN mới vào viện

A: Hình lồi bất thường trùng lấp khu vực rốn phải (mũi tên). B: Khối mờ thuộc trung thất trước (sau ức), đường bờ tương đối rõ (mũi tên).

Kết luận: TD hình ảnh u trung thất trước.

Bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ngực có tiêm cản quang và chọc hút tế bào hạch thượng đòn phải. Kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 2 và 3.

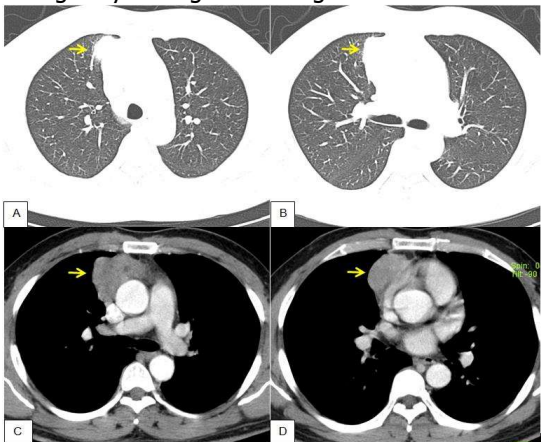
* **Kết quả tế bào học hạch thượng đòn phải:**

Phiến đồ hạch có nhiều lympho bào chuyển dạng, rải rác mô bào, nhiều tế bào nhân trần, nhân lớn, tăng sắc. **Kết luận:** Có TB ác tính; cần phân biệt U lympho hoặc ung thư kém biệt hoá di căn. Đề nghị phẫu thuật bóc hạch làm MBH chẩn đoán.



Hình 2. CT ngực, cửa sổ trung thất, trước tiêm cản quang, các lát từ trên xuống dưới

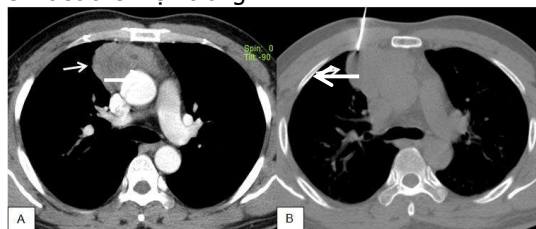
A-C: Khối bất thường trung thất trước, nhiều múi, đồng nhất tỷ trọng, không vôi. D: khối không thấy ở tầng dưới trung thất.



Hình 3. CT ngực, cửa sổ phổi (A,B) và cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang (B,D); các lát từ trên xuống dưới

A,B: Nhu mô phổi không thất bất thường; A-D: khối bất thường trung thất trước, ngấm cản quang không đồng nhất (các mũi tên).

Bệnh nhân đã được hội chẩn, xét thấy việc bóc hạch hố thượng đòn phải là khá phức tạp (liên quan bố mạch dưới đòn). Căn cứ hình ảnh CT ngực có cản quang, sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT đã được tiến hành. Chi tiết thể hiện trong hình 4.



Hình 4. Sinh thiết xuyên thành ngực khối trung thất trước dưới hướng dẫn CLVT

A: Lựa chọn vị trí sinh thiết bằng ảnh CT ngực có tiêm cản quang. B: Kim ST chọc trúng đích điểm đã lựa chọn.

Quá trình sinh thiết an toàn. 4 mảnh bệnh phẩm đã được chuyển làm GPB, HMMD.

* **Kết quả GPB:** Mảnh ST là mô liên kết xâm nhập nhiều TB u hình đa diện, chất nhiễm sắc mịn, không thấy hạt nhân, bào tương hẹp. => **Kết luận:** Tổn thương ác tính. Đề nghị nhuộm HMMD.

* **Kết quả nhuộm HMMD:** (1) CD20: Các TB U dương tính (+++); (2) CD3: Các TB U âm tính; (3) CD56: Các TB U âm tính; (4) CK: Các TB U âm tính; (5) LCA: Các TB U dương tính (++); (6) P40: Các TB U âm tính; (7) PAX8: Các TB U dương tính (+); (8) TTF1: Các TB U âm tính; (9) CD 117: Các TB U âm tính; (10) CD5: Các TB U âm tính.

⇒ **Kết luận:** Sự bộc lộ các dấu ấn HMMD phù hợp với u lympho ác tính không Hodgkin lan toả tế bào B, CD20 (+++).

Bệnh nhân đã được chụp MRI sọ não có đối quang tử. Kết luận không thấy bất thường sọ não.

Sau khi có kết quả HMMD, BN được hội chẩn liên chuyên khoa, chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh: **U Lympho ác tính, NHL lan toả tế bào B, CD20 dương tính mạnh.**

Phác đồ điều trị: R- CHOP được thông qua, cụ thể như sau:

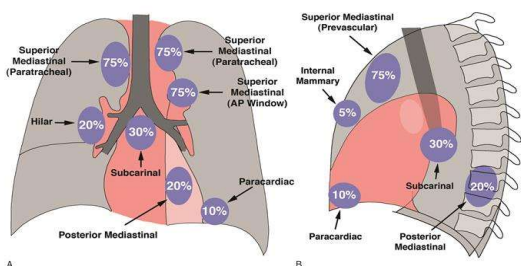
- Cyclophosphamid 750mg/m² da cơ thể truyền tĩnh mạch, ngày 1.
- Doxorubicin 50 mg/ m² da cơ thể, truyền tĩnh mạch, ngày 1.
- Vincristin 1,4 mg/m² da cơ thể, truyền tĩnh mạch, ngày 1.

- Prednisolon 100mg uống từ ngày 1 - 5 sau ăn no và uống thuốc bọc dạ dày.
- Rituximab 375mg/m² da cơ thể, truyền tĩnh mạch, ngày 1.
- Chu kỳ mỗi 3 tuần

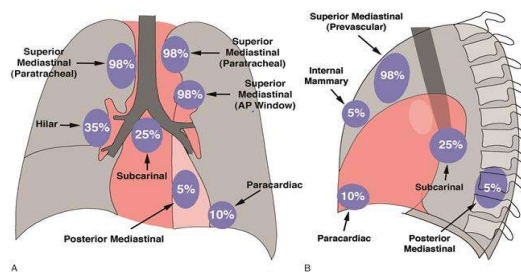
Vào thời điểm chúng tôi báo cáo, BN đã điều trị xong 1 chu kỳ, hiện sức khoẻ BN ổn định. Do không có dấu hiệu chèn ép các thành phần trung thất nên BN không xạ trị. BN được ra viện, được hẹn quay lại viện thực hiện chu kỳ điều trị 2.

III. BÀN LUẬN

Các u NHL nguyên phát trung thất thường xuất hiện các vị trí khác nhau của trung thất với tần suất như trong hình 5. Nếu so sánh với tần suất xuất hiện của u HL (hình 6) chúng ta thấy có sự khác biệt đáng kể. Tuy nhiên về mặt hình ảnh, đặc biệt trên phim chụp CLVT ngực thường không có sự khác biệt.¹



Hình 5. Tần suất phân bố hạch trung thất trong NHL



Hình 6. Tần suất phân bố hạch trung thất trong HL

Về phân loại MBH các u hạch trung thất có 5 nhóm lớn, tuy nhiên trong thực hành lâm sàng, các u NHL luôn chiếm tỷ trọng lớn (70-75%), trong đó type mô bệnh chủ yếu là typ tế bào B trưởng thành (85% NHL).¹

Hệ thống chẩn đoán giai đoạn ung thư hạch của Ann Arbor, được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1971 và được sửa đổi vào năm 1989, đã được áp dụng cho cả HL và nhiều NHL (mặc dù không phải tất cả). Sử dụng hệ thống này, xếp loại giai đoạn dựa trên mức độ tham gia của các

nhóm hạch: Giai đoạn I: nhóm hạch bạch huyết đơn lẻ; Giai đoạn II: nhiều nhóm hạch bạch huyết, cùng phía với cơ hoành; Giai đoạn III: liên quan của nhiều nhóm hạch bạch huyết, cả trên và dưới cơ hoành; và Giai đoạn IV: liên quan đến các vị trí không liên tục (ví dụ như gan, phổi, hay tủy xương).¹

Ở ngực, NHL nguyên phát còn có thể gặp ở nhu mô phổi, màng phổi. U lympho tế bào B nguyên phát ở phổi (Primary Pulmonary B-cell lymphomas/PP-BCL) bao gồm một nhóm các u lympho không Hodgkin ngoại lai có nguồn gốc tế bào B, chủ yếu ảnh hưởng đến phổi mà không có bằng chứng của bệnh ngoài phổi tại thời điểm chẩn đoán và đến 3 tháng sau đó. Tăng sinh lympho nguyên phát của phổi thường thuộc dòng tế bào B và bao gồm ba thực thể chính với các đặc điểm lâm sàng, hình thái và phân tử khác nhau: u lympho vùng rìa phổi nguyên phát của mô lympho liên kết với niêm mạc (primary pulmonary marginal zone lymphoma/ PP-MZL, hoặc u lympho MALT (mucosa-associated lymphoid tissue), u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở phổi nguyên phát (primary pulmonary diffuse large B cell lymphoma/ PP-DLBCL), và u hạt lymphomatoid (lymphomatoid granulomatosis / LYG). Các thực thể ít phổ biến hơn bao gồm u lympho tế bào B tràn dịch màng phổi nguyên phát (primary effusion B-cell lymphoma/PEL) và u lympho tế bào B lớn nội mạch (intravascular large B-cell lymphoma /IVLBCL). Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực (CT) là phương thức hình ảnh được lựa chọn cho PP-MZL. Trên hình ảnh, u lympho MALT ở phổi thường biểu hiện dưới dạng ngẫu nhiên đơn độc hoặc nhiều nốt có kích thước dưới 5 cm trong một phổi, bắt chước các thực thể khác, chẳng hạn như viêm phổi tổ chức hoá, viêm phổi tăng bạch cầu ái toan, thể phế nang của bệnh sarcoidosis, ung thư biểu mô tuyến đa ổ, ung thư biểu mô tuyến tại chỗ, nốt tăng sản bạch huyết (NLH), và viêm phổi mô kẽ tăng sinh lympho (LIP). Sự thay đổi rộng và độ đặc hiệu thấp của các phát hiện hình ảnh thường dẫn đến chẩn đoán muộn. Cả hai phổi đều tham gia vào khoảng một phần tư trường hợp. Các phát hiện khác có thể xảy ra là: (1) thâm nhiễm không rõ ràng với đậm độ CT không đồng nhất (Nốt bán đặc hoặc GGO) có chứa phế quản hơi; (2) một khối ngoại vi với dày màng phổi; (3) đông đặc nhu mô phổi (lên đến toàn bộ thùy) với các hình ảnh phế quản chứa khí và các khu vực có bóng khí rõ ràng (các khối giống bong bóng); (4) tổn thương trong lòng đường thở, có thể khu trú, đa ổ, hoặc lan tỏa khắp thành phế quản và

khí quản, và cuối cùng (5) tổn thương dọc theo đường thở nhỏ, với kiểu suy giảm khả năng bắt chước các bệnh không phải ung thư khác như viêm phổi quá mẫn.²

Meng X và CS đã chỉ ra rằng sự phát triển và hoạt hóa tế bào B đi kèm với sự thay đổi di truyền bao gồm sự sắp xếp lại và quá trình tăng sinh immunoglobulin-gen soma và sự tái tổ hợp chuyển đổi lớp trong các sự kiện di truyền này có thể gây ra chuyển đoạn nhiễm sắc thể và đột biến gen, dẫn đến thay đổi biểu hiện và chức năng của các gen liên quan đến sự tồn tại hoặc tăng sinh của tế bào B và hậu quả là ung thư hạch tế bào B. Trên thực tế, u lympho tế bào B chiếm 95% trong số các loại u lympho. Nhóm tác giả đã đưa ra bảng tóm tắt về hình thái học, kiểu miễn dịch, đặc điểm lâm sàng, khiếm khuyết di truyền gây ra khối u ác tính, phương pháp điều trị và tiên lượng của các loại u lympho tế bào B phổ biến nhất, bao gồm cả u ác tính tế bào B tiền thân điển hình (B-ALL / LBL) và U lympho tế bào B trưởng thành (u lympho Hodgkin và u lympho không Hodgkin tế bào B).³

Điều trị bằng phác đồ R- CHOP như trường hợp BN chúng báo cáo hiện nay vẫn đang được khuyến cáo đối với hầu hết các BN NHL. Riêng Rituximab (hỗ trợ miễn dịch) chỉ khuyến cáo sử dụng khi CD20 dương tính mạnh.³

Lumish M đã nghiên cứu vai trò của xạ trị (RT) trong điều trị u lympho tế bào B trưởng thành. Bệnh khu trú, xuất hiện ở 15–30% bệnh nhân, là một trong số ít các tình huống mà NHL được coi là có thể chữa được. Theo dõi RT, trên 90% BN sẽ đạt được đáp ứng hoàn toàn và rất ít trường hợp tái phát xảy ra trong trường chiếu xạ. Khoảng 50% sẽ không bị tiến triển sau 10 năm với một vài trường hợp tái phát xảy ra sau thời gian đó. Tỷ lệ đáp ứng hiện tại có thể cao hơn đáng kể nếu đánh giá bằng chụp cắt lớp phát xạ positron (PET). Tuy nhiên, chỉ có dưới 30% BN đủ điều kiện được điều trị bằng RT có khả năng chữa khỏi bệnh, một phần do hoài nghi về tính an toàn của RT. Các mô hình điều trị hiện đại sử dụng phương pháp xạ trị tại chỗ, phương pháp này tập trung điều trị vào các vùng bệnh rõ ràng trên PET đã làm giảm đáng kể các vùng giải phẫu bị phơi nhiễm. Tùy thuộc vào vị trí chiếu xạ, dưới 3% BN sẽ phát triển nhiễm độc cấp tính nặng và dưới 1,5% sẽ phát triển nhiễm độc muộn. Các tác dụng phụ thường gặp nhất là ban đỏ da tại chỗ và viêm niêm mạc, thường có thể kiểm soát được bằng các chiến lược chăm sóc hỗ trợ và giải quyết trong vòng vài tuần. Một lý do khác có thể giải thích cho tỷ lệ sử dụng RT thấp

là tâm lý của một số bác sĩ lâm sàng cho rằng can thiệp tích cực là không hợp lý khi xem xét các kết quả tuyệt vời có được khi theo dõi (với tới 20% trường hợp thuyên giảm tự phát). Tuy nhiên, một phân tích trên 6568 BN NHL giai đoạn I và II cho thấy RT trước hoá trị có liên quan đến việc cải thiện tỷ lệ sống sót theo từng bệnh cụ thể và tỷ lệ sống chung (OS) so với những bệnh nhân không nhận RT (10 năm và 20 năm: 79% và 63% cho RT so với 66% và 51% cho không RT).⁴

Vấn đề sinh thiết hạch trung thất trong chẩn đoán NHL và HL có thể tiến hành qua nội soi phế quản, đặc biệt ở những cơ sở y tế có trang bị EBUS. Đi đầu trong lĩnh vực này phải kể đến các chuyên gia Nhật Bản. Mặc dù sinh thiết qua nội soi chỉ là các mảnh vụn tế bào song bằng kỹ thuật HMMD chẩn đoán xác định NHL, HL vẫn được thiết lập.⁵ Wang HY và CS đã đề xuất một thuật toán sử dụng HMMD trong chẩn đoán ung thư hạch. Việc sử dụng các Marker tuần tự, khoa học sẽ giúp các nhà GPB nhanh chóng đưa ra chẩn đoán xác định và tiết kiệm được nguồn lực một cách đáng kể.⁶

Việc sử dụng 18 FDG PET/CT trong hỗ trợ chẩn đoán, theo dõi đánh giá kết quả điều trị ung thư hạch (trung thất, các vị trí khác) hoặc các tổn thương nhu mô phổi cũng đã được nhóm tác giả Koç ZP nghiên cứu trên một cỡ mẫu 856 người bệnh. Mức độ ác tính của khối ung thư hạch tỷ lệ thuận với mức hoạt độ phóng xạ (SUV). Đặc biệt việc đánh giá đáp ứng điều trị bằng PET chính xác hơn nhiều so với suy giảm kích thước hạch.⁷

IV. KẾT LUẬN

Ung thư hạch nguyên phát trung thất (NHL, HL) luôn chiếm tỷ trọng lớn trong các thể ung thư hạch. Phân loại MBH của WHO năm 2017 có nhiều điểm cập nhật, rất cần các nhà GPB quan tâm, ứng dụng song không thay đổi nhiều trong thực hành lâm sàng. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò chủ đạo (X quang thường qui, CLVT, CHT, PET) song chẩn đoán xác định ung thư hạch rất cần GPB/MBH, chẩn đoán type tế bào không thể thiếu vai trò của HHMD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Richard Webb, Charles B Higgins.** "Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radiology"; Third edition; (2017); 179 – 207.
2. **Sanquedolce F, Zanelli M, Zizzo M, et al.** Primary Pulmonary B-Cell Lymphoma: A Review and Update. *Cancers (Basel)*. 2021 Jan 22;13(3):415. doi: 10.3390/cancers13030415.PMID: 33499258
3. **Meng X, Min Q, Wang JY.** B Cell Lymphoma.

- Adv Exp Med Biol. 2020;1254:161-181. doi: 10.1007/978-981-15-3532-1_12.PMID: 32323276
4. **Lumish M, Falchi L, Imber BS, et al.** How we treat mature B-cell neoplasms (indolent B-cell lymphomas). J Hematol Oncol. 2021 Jan 6;14(1):5. doi: 10.1186/s13045-020-01018-6.PMID: 33407745
 5. **Yoshino N, Hirata T, Takeuchi C, Usuda J, Hosone M.** A case of primary pulmonary diffuse large B-cell lymphoma diagnosed by transbronchial biopsy.
 6. **Ann Thorac Cardiovasc Surg.** 2015;21(4):396-8. doi: 10.5761/atcs.cr.14-00298. Epub 2015 Apr 24.PMID: 25912218
 7. **Wana HY, Zu Y.** Diagnostic Algorithm of Common Mature B-Cell Lymphomas by Immunohistochemistry. Arch Pathol Lab Med. 2017 Sep;141(9):1236-1246. doi: 10.5858/arpa.2016-0521-RA. Epub 2017 Jun 13.PMID: 28608720
 8. **Koc ZP, Kara PÖ, Özce C, Yaldız M.** F-18 Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography/Computed Tomography Images of Severe Primary Lung Lymphoma.
 9. **Indian J Nucl Med.** 2020 Jan-Mar;35(1):80-81. doi: 10.4103/ijnm.IJNM_61_19. Epub 2019 Dec 31.PMID: 31949381

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LỖI NGỰC BẰNG NÉO ÉP CÓ SỬ DỤNG THANH ĐỠ (PHƯƠNG PHÁP ABRAMSON CẢI TIẾN) TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn An¹, Phạm Hữu Lư^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật lỗi ngực bằng phương pháp néo ép có sử dụng thanh đờ tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu với tất cả các trường hợp chẩn đoán lỗi ngực bẩm sinh được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Bao gồm 45 bệnh nhân, 41 nam và 4 nữ. Tuổi trung bình $13,4 \pm 1,4$. Tất cả bệnh nhân đều có phàn nàn về thẩm mỹ, có 9 bệnh nhân khó thở khi gắng sức (20%). Có 29 trường hợp lỗi ngực đối xứng (64%), 13 trường hợp lỗi ngực không đối xứng (29%), còn lại là 3 trường hợp lỗi kết hợp lõm (7%). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật đặt 1 thanh đờ, cố định hai đầu bằng chỉ thép. Thời gian phẫu thuật trung bình là $40,27 \pm 13,79$ phút (22 đến 100 phút). 100% bệnh nhân không phải đặt dẫn lưu màng phổi. Thời gian nằm viện trung bình $6,18 \pm 1,21$ ngày (4 đến 10 ngày). Trong 45 bệnh nhân đặt thanh, có 37 bệnh nhân đã tiến hành phẫu thuật lần 2 để rút thanh. Sau 6 tháng đặt thanh, đánh giá kết quả lâm sàng theo Abramson, tỷ lệ rất tốt và tốt sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao (81,82%). **Kết luận:** Phương pháp néo ép có sử dụng thanh đờ (kỹ thuật Abramson cải tiến) là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu cho bệnh nhân lỗi ngực với thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn và kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: lỗi ngực, phương pháp Abramson cải tiến, kỹ thuật ít xâm lấn

SUMMARY

RESULT OF MODIFIED ABRAMSON TECHNIQUE FOR PECTUS CARINATUM AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the early results of pectus carinatum correction by modified Abramson technique at Vietduc University Hospital in the period of 2017-2021. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study with all cases diagnosed with congenital pectus carinatum operated at Vietduc University Hospital from January 2017 to December 2021. **Results:** 45 patients, 41 men and 4 women included. Mean age 13.4 ± 1.4 . All patients had aesthetic complaints, 9 patients with dyspnea on exertion (20%). There were 29 cases of symmetric pectus carinatum (64%), 13 cases of asymmetrical pectus carinatum (29%), 3 cases of pectus carinatum combined with pectus excavatum (7%). All patients were placed 1 bar, fixed both lateral with steel wire. The mean operative time was 40.27 ± 13.79 minutes (22 to 100 minutes). 100% of patients did not require chest tube. The average hospital stay was 5.24 ± 1.21 days (4 to 10 days). Out of 45 patients with bar placement, 37 patients had re-operated to remove the bar. After 6 months of placing the bar, the clinical results very good and good after surgery according to Abramson accounts for a high rate (81.82%). **Conclusion:** Modified Abramson technique is a minimally invasive technique for pectus carinatum patients with short operative time, short hospital stay and good result.

Keywords: pectus carinatum, modified Abramson technique, minimally invasive technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di dạng lỗi ngực (pectus carinatum) là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp của thành ngực trước xảy ra trong khoảng 1 cho mỗi 1500 trẻ đẻ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulucts@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023