

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân bị áp xe vú hay gặp từ tháng thứ nhất đến tháng thứ 4 sau sinh, thường có ổ áp xe khu trú và có số lượng bạch cầu bình thường.
- Tất cả các bệnh nhân được chích rạch dẫn lưu áp xe vú, đường rạch chủ yếu là đường nan hoa.
- Thời gian điều trị dưới 15 ngày, kích thước áp xe dưới 5cm và đường rạch nan hoa làm tăng tỉ lệ khỏi bệnh ở bệnh nhân áp xe vú. Sau điều trị, hầu hết bệnh nhân vẫn cho con bú cả 2 bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Egbe TO, Njamen TN, Essome H, Tendongfor N.** The estimated incidence of lactational breast abscess and description of its management by percutaneous aspiration at the Douala General

- Hospital, Cameroon. Int Breastfeed J. 2020; 15(1):26. doi:10.1186/s13006-020-00271-2.
2. **Lê Thị Thanh Vân.** Điều trị áp xe vú tại Khoa sản nhiễm khuẩn – Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010. Tạp Chí Học Thực Hành. 2011;768(6).
3. **Schwarz RJ, Shrestha R.** Needle aspiration of breast abscesses. Am J Surg. 2001;182(2):117-119.
4. **Ramazan Eryilmaz, Sahin M, Tekelioglu MH, Daldal E.** Management of lactational breast abscesses. The Breast. 2005;14(5):375-379.
5. **Colin C, Delov AG, Peyron-Faure N, Rabilloud M, Charlot M.** Breast abscesses in lactating women: evidences for ultrasound-guided percutaneo
6. **Đặng Thị Việt Hằng.** Nghiên cứu tắc tuyến sữa ở phụ nữ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2017.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN VÙNG MŨI XOANG

Nguyễn Xuân Quang¹, Tống Xuân Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu đặc điểm lâm sàng và cắt lớp vi tính với các type mô bệnh học u lympho ác tính không Hodgkin vùng mũi xoang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán là U lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát mũi xoang đến khám tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Huyết học và Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2011 đến tháng 9/2012. **Kết quả:** U có nguồn gốc tế bào B phần lớn tổn thương có dạng u sùi (84,6%), hay xâm lấn vòm mũi họng (33,3%); nguồn gốc tế bào T hay gặp tổn thương dạng loét thâm nhiễm (50%), xâm lấn da và tổ chức dưới da vùng mặt (50%); nguồn gốc tế bào T/NK hay gặp dạng u sùi (46,7%) và phần lớn cũng xâm lấn da và tổ chức dưới da vùng mặt (83,3%). **Kết luận:** Đặc điểm tổn thương (sùi, loét, thâm nhiễm) và cơ quan xâm lấn (hốc mắt, da và tổ chức dưới da,...) của khối u có mối liên quan với nguồn gốc tế bào học (tế bào B, T, T/NK).

Từ khóa: U lympho không Hodgkin; vùng mũi xoang; lâm sàng và cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMA OF NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

¹Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc Phúc Trường Minh

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Quang

Email: xuanquangy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

Objectives: Comparison of clinical features and computed tomography with histopathological types of non-hodgkin's lymphoma of nasal cavity and paranasal sinuses. **Subjects and methods:** Descriptive study on 46 patients with primary Non-Hodgkin's Lymphoma of nasal cavity and paranasal sinuses in National Otorhinolaryngology Hospital and National Institute Of Hematology & Blood Transfusion from 1/2011 to 9/2012. **Results:** Tumors of B-cell origin have generally polypoid lesions, invade the nasopharynx (33,3%); T-cell origin are common in infiltrated ulcerative lesions (50%), invading facial skin and subcutaneous tissues (50%); and T/NK-cell origin are often in polypoid lesions, mostly invading skin and subcutaneous tissues of the face. **Conclusion:** Lesion features and invasive organs of the tumor are each related to the cytological origin.

Keywords: Non-Hodgkin Lymphoma; nasal cavity and paranasal sinuses; clinical characteristics, subclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của hiệp hội ung thư Mỹ 1993 (American Cancer Society) tỷ lệ u lympho ác tính chiếm khoảng 4% tổng số ung thư ở Mỹ. Tỷ lệ bệnh Hodgkin và u lympho không Hodgkin là khoảng 1:5. Khoảng 40% đến 60% ULKH biểu hiện ở vị trí ngoài hạch và 1/3 đến 2/3 trong số này xuất hiện ở vùng đầu cổ.²⁻⁴

Trong ULKH nói chung, ULKH mũi xoang là bệnh lý hiếm gặp và tỷ lệ mắc có sự thay đổi giữa các vùng địa lý khác nhau. Bệnh ít gặp ở các cộng đồng Âu Mỹ, chiếm khoảng 0,2% đến 2% tổng số ULKH nói chung, nhưng gặp nhiều hơn ở Châu Á, khoảng 3% đến 10% tổng số

ULKH.^{6,7} Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng nhưng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác của vùng mũi xoang như: viêm, nấm xoang, bệnh lý u hạt, hay ung thư biểu mô vảy. Hơn nữa trong thực tế, kết quả giải phẫu bệnh thường không đạt được qua một hay hai lần sinh thiết, vì vậy bệnh nhân dễ bị chẩn đoán muộn hoặc nhầm lẫn với các bệnh lý khác, có khi phải chịu nhiều lần sinh thiết và chịu cuộc phẫu thuật không cần thiết.

Việc thăm khám lâm sàng kỹ càng, từ đó tìm ra các dấu hiệu gợi ý để đề xuất xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp có vai trò quan trọng giúp chẩn đoán xác định bệnh. Ở Việt Nam hiện nay đã có nhưng nghiên cứu về ULKH nói chung cũng như ULKH vùng đầu cổ nói riêng, tuy nhiên chưa có đề tài nào đề cập sâu về ULKH ở vùng mũi xoang. Vì vậy, để góp phần nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ULKH vùng mũi xoang, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: "Đổi chiều đặc điểm lâm sàng, nội soi, chụp cắt lớp vi tính với các tít mô bệnh học."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 46 bệnh nhân được chẩn đoán là U lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát mũi xoang đến khám tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Huyết học và Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2011 đến tháng 9/2012.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi, chụp CLVT, sinh thiết u để chẩn đoán mô bệnh học.
- Có kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u lympho ác tính không Hodgkin vùng mũi xoang.
- Có hồ sơ bệnh án lưu trữ, ghi chép đầy đủ các phần trong bệnh án.
- Có các xét nghiệm cần thiết giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh và đánh giá theo dõi và tiên lượng bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng tất cả tiêu chí trên.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả từng trường hợp cho nhóm bệnh nhân tiến cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng và nguồn gốc tế bào

Bảng 1. Độ tuổi trung bình và nguồn

Xâm lấn	B (n = 12)	T (n = 6)	T/NK (n = 6)	Tổng (N = 24)
Hốc mắt	3 (25.0%)	1 (16.7%)	0 (0%)	4 (16.7%)
Nội soi	0 (0%)	1 (16.7%)	0 (0%)	1 (4.2%)
Hở chân bướm	1 (8.3%)	1 (16.7%)	0 (0%)	2 (8.3%)

Bảng 4. Xâm lấn cơ quan lân cận và nguồn gốc tế bào

gốc tế bào

	Tế bào B n = 13	Tế bào T n=18	Tế bào T/NK n=15
Tuổi trung bình	47.2 ± 15.5	46.2 ± 15.2	37.7 ± 13.9
p > 0.05			

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân có u tế bào B là 47,2 tuổi, u tế bào T là 46,2 tuổi, u tế bào T/NK là 37,7. Khác biệt về tuổi ở 3 nhóm tế bào không có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

Bảng 2. Tính chất tổn thương và nguồn gốc tế bào

Tính chất tổn thương	B n = 13	T n = 18	T/NK n = 15	Tổng
U sùi	11 (84.6%)	8 (44.4%)	7 (46.7%)	26 (56.5%)
Loét thâm nhiễm	0 (0%)	9 (50.0%)	5 (33.3%)	14 (30.4%)
Kết hợp	2 (15.4%)	1 (5.6%)	3 (20.0%)	6 (13.1%)
p < 0.05				

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy u có nguồn gốc tế bào B hay biểu hiện tổn thương dạng u sùi với 11 trường hợp chiếm 84.6%, u tế bào T tổn thương dạng loét thâm nhiễm hay gập hơn với 9 trường hợp chiếm 50%, u tế bào T/NK có 7 trường hợp dạng u sùi chiếm 46.7%. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

Đặc điểm CLVT và nguồn gốc tế bào

Bảng 3. Vị trí tổn thương trên CT scanner và nguồn gốc tế bào

Vị trí tổn thương	B n = 13	T n = 18	T/NK n = 15	Tổng N=46
Hốc mũi	5 (38.5%)	10 (55.6%)	6 (40.0%)	21 (45.7%)
Hốc mũi và xoang cạnh mũi	8 (61.5%)	8 (44.4%)	9 (60.0%)	25 (54.3%)
p > 0.05				

Nhận xét: Theo nghiên cứu của chúng tôi có 5/13 trường hợp (38,5%) u tế bào B tổn thương ở hốc mũi; 8/13 trường hợp (61,5%) tổn thương ở cả hốc mũi và xoang cạnh mũi. Tỷ lệ này lần lượt ở u tế bào T là 10/18 (55,6%) và 8/18 (44,4%); ở tế bào T/NK là 6/15 (40.0%) và 9/15 (60.0%). Khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Vòm khẩu cái	2 (16.7%)	0 (0%)	1 (16.7%)	3 (12.5%)
Vòm mũi họng	4 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (16.7%)
Da và t/c dưới da vùng mặt	2 (16.7%)	3 (50.0%)	5 (83.3%)	10 (41.7%)
$p < 0.05$				

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy u tế bào B hay xâm lấn vòm mũi họng nhất với 4/12 trường hợp chiếm 33.3%, sau đó lần lượt đến xâm lấn hốc mắt và vòm khẩu cái. U tế bào T hay xâm lấn da và tổ chức dưới da vùng mặt nhất với 3/6 trường hợp chiếm 50%. U tế bào T/NK cũng hay xâm lấn da và tổ chức dưới da vùng mặt nhất với 5/6 trường hợp chiếm 83.3%. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân u lympho tế bào B là 47,2 tuổi, u tế bào T là 46,2 tuổi, u tế bào T/NK là 37,7 tuổi. U tế bào T/NK có xu hướng xuất hiện sớm hơn nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Có hai hình thái tổn thương trên lâm sàng khó rõ ràng là dạng u sùi và dạng loét thâm nhiễm. Theo nghiên cứu, 11/13 trường hợp u tế bào B (84,6%) có tổn thương dạng u sùi; 15/33 trường hợp u tế bào T có tổn thương dạng u sùi (45,5%) còn lại là dạng thâm nhiễm và dạng kết hợp. Như vậy, những trường hợp u tế bào B có xu hướng hình thành tổn thương dạng u sùi, khối choán chỗ thực sự. U tế bào dòng T ít gặp tổn thương dạng u sùi hơn, thay vào đó là tổn thương dạng loét thâm nhiễm. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 8/13 trường hợp (61,5%) u tế bào B xâm lấn xoang cạnh mũi, 17/33 trường hợp (51,2%) u tế bào T xâm lấn xoang cạnh mũi. Tỷ lệ xâm lấn xoang cạnh mũi của tế bào B có xu hướng cao hơn so với tế bào T nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của Abbondanzo S.L. có 12/120 bệnh nhân (10%) u xâm lấn cả hốc mũi và xoang cạnh mũi thì có tới 10 trường hợp (83,3%) là u tế bào T, chỉ có 2 trường hợp (16,7%) là u tế bào B.¹ Nghiên cứu khác của Kojima M. trên 20 bệnh nhân, có 12 trường hợp u hốc mũi xâm lấn xoang cạnh mũi, trong đó có 8 trường hợp là u tế bào T, 4 trường hợp u tế bào B.⁵ Mặc dù số lượng u tế bào T xâm lấn xoang lớn hơn nhưng cả hai tác giả đều nhận định do số bệnh nhân xâm lấn xoang quá ít nên chưa thể kết luận u dòng tế bào nào có xu hướng xâm lấn xoang cạnh mũi nhiều hơn.

Bảng 4. tổng kết số lượng các trường hợp u xâm lấn các cơ quan lân cận của từng type tế bào u, chúng tôi nhận thấy vị trí u tế bào B hay

xâm lấn nhất là vòm mũi họng với 4/12 trường hợp (33,3%), u tế bào T và T/NK hay xâm lấn da và tổ chức dưới da nhất với 8/12 trường hợp (66,7%). Khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Ở một khía cạnh khác, trong 4 trường hợp u xâm lấn ổ mắt thì có 3 trường hợp là u tế bào B. Khác biệt này của chúng tôi là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Abbondanzo S.L. cũng có kết quả nhận định tương tự, u tế bào B có xu hướng xâm lấn ổ mắt nhiều hơn u tế bào T, nhưng số lượng bệnh nhân nghiên cứu chưa đủ lớn để tìm ra một khác biệt có ý nghĩa thống kê.¹

V. KẾT LUẬN

- Tính chất tổn thương của u tế bào B chủ yếu là dạng u sùi, u tế bào T và T/NK chủ yếu là dạng loét thâm nhiễm chiếm tỷ lệ cao hơn.

- Tế bào B có xu hướng xâm lấn hốc mắt (25%) và vòm mũi họng (33,3%), u tế bào T hay xâm lấn da và tổ chức dưới da vùng mặt (66,7%).

- Đặc điểm xâm lấn xoang cạnh mũi và lứa tuổi người bệnh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 dòng tế bào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. L. Abbondanzo và B. M. Wenig** (1995), "Non-Hodgkin's lymphoma of the sinonasal tract. A clinicopathologic and immunophenotypic study of 120 cases", *Cancer*. 75(6), tr. 1281-91.
2. **J. R. Anderson và các cộng sự.** (1993), "Clinical features and prognosis of follicular large-cell lymphoma: a report from the Nebraska Lymphoma Study Group", *J Clin Oncol*. 11(2), tr. 218-24.
3. **Nguyễn Bá Đức** (1995), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u lympho ác tính không Hodgkin tại bệnh viện K Hà Nội từ 1982 đến 1993, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Bá Đức** (2001), "Bệnh u lympho ác tính không Hodgkin", trong Nhà xuất bản y học, chủ biên, Bài giảng Ung thư học, tr. 262-267.
5. **M. Kojima và các cộng sự.** (1992), "Malignant lymphomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. A clinicopathologic and immunohistochemical study", *Acta Pathol Jpn*. 42(5), tr. 333-8.
6. **C. H. Ou và các cộng sự.** (2007), "Nasal NK/T-cell lymphoma: computed tomography and magnetic resonance imaging findings", *J Chin Med Assoc*. 70(5), tr. 207-12.
7. **J. S. Woo và các cộng sự.** (2004), "Clinical analysis of extranodal non-Hodgkin's lymphoma in the sinonasal tract", *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 261(4), tr. 197-201.