

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A et al:** A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl 2007, 109:8-14.
2. **Pavlichenko N, Sokolova I, Vijde S et al:** Mesenchymal stem cells transplantation could be beneficial for treatment of experimental ischemic stroke in rats. Brain Res 2008, 1233:203-213.
3. **Nguyen LT, Nguyen AT, Vu CD et al:** Outcomes of autologous bone marrow mononuclear cells for cerebral palsy: an open label uncontrolled clinical trial. BMC Pediatr 2017, 17(1):104.
4. **Dianne R PR.** GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE (GMFM) SCORE SHEET. 2013 [cited 2017; Available from: [https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/218/original/gmfm-88\\_and\\_66\\_scoresheet.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/218/original/gmfm-88_and_66_scoresheet.pdf).
5. **Richard B MS.** Modified Ashworth Scale Instructions. [cited 2017; Available from: <http://www.rehabmeasures.org/PDF%20Library/Modified%20Ashworth%20Scale%20Instructions.pdf>.
6. **Sharma A, Sane H, Gokulchandran N et al:** A clinical study of autologous bone marrow mononuclear cells for cerebral palsy patients: a new frontier. Stem Cells Int 2015, 2015:905874.
7. **Eggenberger S, Boucard C, Schoeberlein A et al:** Stem cell treatment and cerebral palsy: Systemic review and meta-analysis. World J Stem Cells 2019, 11(10):891-903.
8. **Lv ZY, Li Y, Liu J:** Progress in clinical trials of stem cell therapy for cerebral palsy. Neural Regen Res 2021, 16(7):1377-1382.

## GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ CHẨN ĐOÁN LAO KHỚP

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Vương Thu Hà<sup>1</sup>

## VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IN THE DIAGNOSIS OF JOINT TUBERCULOSIS

**Purposes:** To evaluate the value of MRI in the diagnosis of tuberculous arthritis. **Material and methods:** Analysis of MRI imaging characteristics of 07 cases of tuberculous arthritis with ultrasound guided synovial biopsy and confrontation the MRI characteristics with biopsy results. **Results:** From September 2020 to October 2022, 7 patients with tuberculous arthritis had MRI scan and then underwent the ultrasound guided synovial biopsy at Hanoi Medical University Hospital. Among them are 01 shoulder joint, 1 elbow joint, 1 wrist joint, 2 hip joints and 2 ankle joints. The mean age of the patients was 60±15.5, the highest was 75 years old, the lowest was 35 years old. There are 5 female patients and 2 male patients. The MRI shows that the average synovial thickness was 8.9±6.7mm, the largest thickness was 24mm, the smallest was 5.6mm. The synovial thickening was regular and strongly Gadolinium enhancement in all cases. Synovial fluid was only present in 1/7 cases. Bone marrow erosion and edema were seen in 6/7 cases. There were no cases of bone chips. Edema with soft tissue abscess was observed in 3/6 cases. Biopsy analysis results showed that all samples had negative bacterial cultures. There were 6 patients positive on histopathological analysis, 4 patients positive for TB PCR. **Conclusion:** The most common findings on MRI of tuberculous arthritis were bone marrow erosion and edema. Other signs were less common and may be seen in pyogenic bacterial infectious arthritis

**Keywords:** Magnetic resonance, tuberculous arthritis, synovial membrane.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Laos khớp chiếm 1–3% trong tất cả các trường hợp bệnh lao. Rất khó để chẩn đoán lao khớp trên lâm sàng vì dấu hiệu và triệu chứng

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của CHT trong chẩn đoán lao khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phân tích đặc điểm hình ảnh CHT của 07 trường hợp lao khớp được sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm và đối chiếu các dấu hiệu cộng hưởng từ với kết quả sinh thiết. **Kết quả:** Từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022, có 7 bệnh nhân lao khớp được chụp CHT sau đó được sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trong số đó có 01 khớp vai, 1 khớp khuỷu, 1 khớp cổ tay, 2 khớp háng và 2 khớp cổ chân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60±15.5, cao nhất là 75 tuổi, thấp nhất là 35 tuổi. Có 5 bệnh nhân nữ và 2 bệnh nhân nam. Hình ảnh CHT cho thấy độ dày MHD trung bình là 8.9±6.7 mm, độ dày lớn nhất là 24mm, nhỏ nhất là 5.6 mm. Màng hoạt dịch dày đều và ngấm thuốc mạnh trên tất cả các trường hợp. Dịch ổ khớp chỉ có ở 1/7 các trường hợp. Ăn mòn và phù tủy xương thấy trên 6/7 các trường hợp. Không có trường hợp nào có mảnh xương rời. Phù nề kèm áp xe phần mềm quan sát thấy trên 3/6 các trường hợp. Kết quả phân tích mẫu sinh thiết cho thấy toàn bộ các mẫu có nuôi cấy vi khuẩn âm tính. Có 6 BN dương tính trên phân tích mô bệnh học, 4 BN dương tính với PCR lao. **Kết luận:** Các dấu hiệu hay gặp nhất trên CHT của lao khớp là ăn mòn và phù tủy xương. Các dấu hiệu khác ít gặp hơn và có thể thấy ở nhiễm khuẩn khớp do vi khuẩn sinh mủ.

**Từ khóa:** Cộng hưởng từ, lao khớp, màng hoạt dịch khớp.

## SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội  
 Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu  
 Email: [hoangdinhau@gmail.com](mailto:hoangdinhau@gmail.com)  
 Ngày nhận bài: 5.4.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023  
 Ngày duyệt bài: 16.6.2023

không đặc hiệu. Hơn nữa, lao khớp thường không liên quan đến bệnh lao phổi, có thể giống các bệnh viêm khớp mạn tính khác. Hậu quả thường dẫn đến có sự chậm trễ trong chẩn đoán, có thể dẫn đến phá hủy khớp nghiêm trọng và biến dạng khớp [1]. Vì vậy, cần phải chẩn đoán sớm và chính xác lao khớp.

Các phương tiện hình ảnh có thể gợi ý chẩn đoán lao khớp. Đặc biệt, cộng hưởng từ do có độ phân giải mô mềm cao, chụp được nhiều hướng và sử dụng nhiều chuỗi xung khác nhau kèm tiêm thuốc đối quang nên càng được sử dụng để chẩn đoán các bệnh lý về khớp nói chung và lao khớp nói riêng [2]. Trên hình ảnh CHT, các đặc điểm của viêm khớp do lao là dày và ngấm thuốc màng hoạt dịch do viêm, tràn dịch, ăn mòn xương ở trung tâm và ngoại vi, viêm mô hạt hoạt động và mãn tính, phù nề và áp xe, mảnh xương rời. Tuy nhiên chẩn đoán xác định được khẳng định khi phân lập được vi khuẩn gây bệnh từ dịch khớp hoặc sinh thiết khớp.[3]

Sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm trong những năm gần đây được áp dụng ngày càng rộng rãi, là phương pháp tốt thay thế cho sinh thiết mù hoặc sinh thiết qua nội soi ổ khớp, có thể áp dụng với rất nhiều khớp một cách đơn giản, ít xâm lấn và độ chính xác cao [4,5].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích hình ảnh CHT một số trường hợp lao khớp có đối chiếu với kết quả sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm hình ảnh cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ của 07 bệnh nhân lao khớp có kết quả sinh thiết MHD dưới hướng dẫn siêu âm. Không có bệnh nhân nào có lao phổi hoặc lao ở các cơ quan khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang, bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022.

### 2.3. Quy trình nghiên cứu

- Khám lâm sàng: Các dữ liệu như tuổi, giới, dấu hiệu lâm sàng... được khai thác và lưu vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Chụp CHT khớp: được thực hiện trên máy CHT 1.5 Tesla Siemens Essenza hoặc GE Signa HDx. Cuộn thu nhận tín hiệu tùy thuộc vào từng loại khớp. Các chuỗi xung CHT bao gồm T1W coronal và axial, PD FS axial, coronal, sagittal nhằm đánh giá phù nề tủy xương, chuỗi xung T1W FS có tiêm đối quang từ nhằm đánh giá

ngấm thuốc của màng hoạt dịch và áp xe phần mềm nếu có.

Các dấu hiệu CHT cần được đánh giá bao gồm hình thái và mức độ dày màng hoạt dịch, phù tủy xương trên T2W FS, phù mô mềm quanh bao hoạt dịch, mức độ tràn dịch khớp, kích thước của vết ăn mòn xương, ngấm thuốc viền của ăn mòn xương, vị trí của ăn mòn xương, cường độ tín hiệu màng hoạt dịch trên T1W và T2W đối với cơ và sự hiện diện của các hạch bạch huyết. Chúng tôi đã phân loại độ dày của màng hoạt dịch sau khi ngấm thuốc thành bốn cấp độ: độ 0, 0–3mm; độ 1, 3–6 mm; độ 2, 6–9mm và độ 3, >9 mm. Kích thước của phần ăn mòn xương lớn nhất được ghi nhận ở đường kính dài nhất và được phân thành 5 độ: độ 0, không bị xói mòn; độ 1, < 6mm; độ 2, 6–10 mm; độ 3, 11–15 mm; và độ 4, >15 mm trên ảnh T1W. Chúng tôi đánh giá ngấm thuốc xung quanh ăn mòn xương (có hoặc không có). Chúng tôi đã phân loại mức độ phù tủy xương thành bốn mức độ dựa trên ([khoảng cách tối đa từ mép khớp đến rìa ngoài của sự thay đổi tín hiệu của tủy xương trên hình ảnh sagittal hoặc coronal/đường kính tối đa của bề mặt khớp trên hình ảnh axial] × 100[%] ); Độ 0, không phù; độ 1, 1–25%; độ 2, 26–50%; và độ 3, > 50%. Bệnh nhân được coi là bị viêm tủy xương khi có một ổ áp xe trong xương/tụ dịch dưới màng xương/tụ dịch mô mềm khi kết hợp với phù tủy xương Phù phần mềm quanh bao hoạt dịch được đo bằng khoảng cách thẳng đứng tối đa từ mép ngoài của bao khớp đến mép ngoài của phù nề mô mềm quanh khớp trên hình ảnh coronal hoặc sagittal và được phân loại như sau: độ 0, không phù; độ 1, 0,1–1 cm; và độ 2, > 1 cm. Phù nề tủy xương và mô mềm được đánh giá trên chuỗi xung T2W xóa mỡ. Tràn dịch khớp được phân thành 4 mức độ: độ 0 (không): không có tràn dịch khớp, độ 1 (nhẹ): Tràn dịch ở một ngách khớp, Mức độ 2 (trung bình): Tràn dịch ở 2 ngách khớp trở lên và độ 3 (nặng): tràn dịch khớp tổng thể.

- Sinh thiết MHD khớp dưới hướng dẫn siêu âm tại phòng thủ thuật siêu âm vô khuẩn. Tư thế bệnh nhân và hướng kim tùy thuộc vào từng khớp được sinh thiết. Cần chú ý ngả kim cho cùng hướng dọc theo MHD. Kim sinh thiết được dùng là kim bán tự động 18 Gauge, có kèm trocarc đồng trục với các khớp lớn (khớp vai, khớp háng). Sau đó tạo góc sao cho đường đi của kim sinh thiết dọc theo lớp màng hoạt dịch, giữa bao khớp và ổ khớp. Bắn 3-4 mảnh cho mẫu mô bệnh học (cố định bằng dung dịch Formaldehyde 4%), 1-2 mảnh cho mẫu PCR lao

và 1-2 mảnh cho mẫu xét nghiệm vi sinh (cho vào khoảng 1ml nước muối sinh lý trong lọ vô khuẩn) ở các hướng khác nhau.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được biểu diễn dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của các biến số, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Tính giá trị chẩn đoán của sinh thiết MHD với tiêu chuẩn vàng là kết quả sinh thiết và chẩn đoán cuối cùng.

- **Khía cạnh đạo đức:** Tất cả các bệnh

**Bảng 1: Đặc điểm chung và xét nghiệm máu của nhóm bệnh nhân lao khớp**

Bệnh nhân	Tuổi	Bạch cầu (g/l)	ĐN Trung tính (%)	CRP(mg/L)	Giới	Khớp
N01	32	6.75	80.20	1.64	nữ	Cổ chân
N02	67	6.50	68.30	.06	nữ	Háng
N03	45	6.73	75.00	6.74	nam	Khuỷu
N04	71	7.32	56.90	1.20	nam	Cổ tay
N05	66	16.40	72.70	18.60	nữ	Cổ chân
N06	63	7.89	74.50	3.51	nữ	Háng
N07	75	8.95	62.10	1.53	nữ	Vai

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $60 \pm 15.5$ , cao nhất là 75 tuổi, thấp nhất là 35 tuổi. Trong số đó có 01 khớp vai, 1 khớp khuỷu, 1 khớp cổ tay, 2 khớp háng và 2 khớp cổ chân. Có 5 bệnh nhân nữ và 2 bệnh nhân nam. Số lượng bạch cầu trung bình là  $8.7 \pm 3.5$  g/l, tỷ lệ đa nhân trung tính trung bình là  $70 \pm 8.1\%$ , định lượng CRP trung bình là  $4.8 \pm 6.5$  mg/L.

### 3.2. Các dấu hiệu CHT

**Bảng 2: Các dấu hiệu CHT của nhóm bệnh nhân lao khớp**

Bệnh nhân	Dày MHD (mm)	Dịch khớp	Tính chất dịch	An mòn xương	Phù tủy xương	Mảnh xương rời	Áp xe	Phù
N01	5.70	không	NA	có	có	không	không	không
N02	6.00	không	NA	có	có	không	không	không
N03	24.00	không	NA	có	có	không	không	có
N04	7.00	không	NA	không	không	không	không	không
N05	8.00	không	NA	có	có	không	có	có
N06	6.00	không	NA	có	có	không	có	có
N07	5.60	có	đục	có	có	không	có	có

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân có dày màng hoạt dịch khớp với độ dày trên CHT là  $8.9 \pm 6.7$ mm, độ dày thấp nhất là 5.6mm, dày nhất là 24 mm. Màng hoạt dịch dày đều và ngấm đối quang tử mạnh trên tất cả các trường hợp. Chỉ có 1 bệnh nhân có tràn dịch ổ khớp và dịch không trong. An mòn xương và phù tủy xương đều thấy ở 6/7 bệnh nhân. Mảnh xương rời không thấy ở bất kỳ bệnh nhân nào. Có 3 bệnh nhân đồng thời có phù nề kèm áp xe cơ.

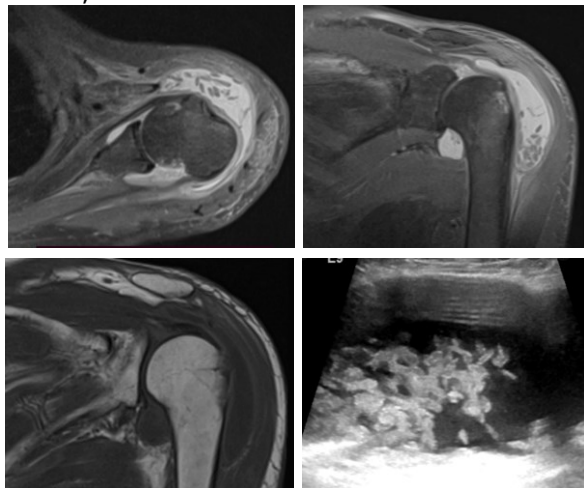
### 3.3. Kết quả sinh thiết

Bệnh nhân	Cấy VK	PCR lao	Mô bệnh học	Chẩn đoán cuối cùng
N01	Âm tính	Dương tính	Lao	Lao
N02	Âm tính	Âm tính	Lao	Lao
N03	Âm tính	Dương tính	Lao	Lao
N04	Âm tính	Âm tính	Lao	Lao
N05	Âm tính	Âm tính	Lao	Lao
N06	Âm tính	Dương tính	Lao	Lao
N07	Am tính	Dương tính	không xác định	Lao

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân đều âm tính khi cấy vi khuẩn. Có 4 bệnh nhân dương tính khi xét nghiệm PCR lao. Có 6 bệnh nhân khi phân tích mô bệnh học thấy tổn thương viêm mô hạt

đặc hiệu của lao. Có 1 bệnh nhân phân tích mô bệnh học không xác định tổn thương nhưng PCR lao dương tính nên chẩn đoán cuối cùng của 7 bệnh nhân là lao khớp

**3.4. Ca lâm sàng:** BN N07, BN nữ, 75 tuổi. Lâm sàng và xét nghiệm thấy có sưng khớp vai, không đau, không sốt. Bạch cầu 8.95 G/l, ĐNTT 62.1%, CRP 1.53.



Hình ảnh CHT thấy dày màng hoạt dịch, tràn dịch nhiều, ăn mòn xương, phù xương dưới sụn. Chọc dịch khớp xét nghiệm PCR lao và cấy vi khuẩn đều âm tính. Kết quả sinh thiết cho thấy phân tích mô bệnh học là viêm màng hoạt dịch mạn tính, cấy vi khuẩn âm tính, lao dương tính. Chẩn đoán cuối cùng là lao khớp.

#### IV. BÀN LUẬN

Lao khớp vẫn là bệnh quan trọng cần phải giải quyết trong thể giới y học hiện đại vì tỷ lệ mắc bệnh cao ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch và sự phát triển của các chủng kháng thuốc [6]. Chẩn đoán sớm là một thách thức vì lao khớp có thể biểu hiện khác nhau và nó có thể giống với các bệnh viêm khớp không đặc hiệu khác. Kết quả là chẩn đoán bị chậm trễ và khớp bị phá hủy nghiêm trọng dẫn đến biến dạng khớp [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân >50 tuổi, tỉ lệ nữ nhiều hơn nam. Số lượng bạch cầu cao (>8 g/l) trên 2 bệnh nhân tỷ lệ đa nhân trung tính cao (> 70%) trên 4 bệnh nhân và CRP cao (>3 mg/L) trên 3 BN. Các chỉ số xét nghiệm này không đặc hiệu cho lao khớp, tương tự như nghiên cứu của Sitt và cộng sự [7].

Lao khớp là một bệnh điều trị được và nếu điều trị sớm sẽ cho kết quả rất tốt. Do độ phân giải mô mềm rất cao nên CHT ưu việt hơn các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhằm

chẩn đoán sớm lao khớp. Các dấu hiệu cần đánh giá là dày màng hoạt dịch, dịch ổ khớp, ổ viêm hạt cấp hoặc mạn, ăn mòn xương, tổn thương sụn khớp, viêm xương tủy kết hợp.

Viêm khớp do lao biểu hiện chủ yếu là viêm màng hoạt dịch một khớp. Prakash nghiên cứu trên 12 bệnh nhân lao khớp thấy tổn thương màng hoạt dịch ở tất cả bệnh nhân [8] tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi.

Choi et al. đánh giá 27 lao khớp [9] thấy dày bao hoạt dịch độ 0 được quan sát thấy ở 44–55% và 7–14% trường hợp lao khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân dày màng hoạt dịch độ 0 và độ 1 (<3mm), có 04 bệnh nhân dày độ 2, 02 bệnh nhân dày độ 3 và 01 bệnh nhân dày độ 4. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có dày đều và ngấm thuốc rõ ở màng hoạt dịch.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 1/7 bệnh nhân có tràn dịch khớp, khác với viêm khớp do vi khuẩn sinh mủ, dịch ổ khớp thường nhiều và không trong. Tuy nhiên, sự có mặt hay không của dịch khớp cũng không đặc hiệu cho loại tổn thương khớp nào. Nghiên cứu của Graif và cs thì có khoảng 21% nhiễm khuẩn khớp không có tràn dịch khớp kèm theo [10].

Ăn mòn xương là phát hiện phổ biến thứ hai trong viêm khớp do lao và được thấy trong khoảng 70% trường hợp, biểu hiện giảm tín hiệu trên hình ảnh T1W và T2W [6] Hsu và cộng sự [11] báo cáo ăn mòn xương ở 7/8 bệnh nhân. Prakash và cộng sự [8] báo cáo ăn mòn xương ở tất cả (12/12) bệnh nhân. Ngược lại, Sanghvi và cộng sự [12] báo cáo ăn mòn xương chỉ ở 5/15 bệnh nhân. Nghiên cứu của Choi và cộng sự [9] cho thấy kích thước ăn mòn xương lớn kèm ngấm thuốc viền hay gập trong lao khớp, trong khi các ăn mòn có ngấm thuốc dày không đều hướng đến viêm khớp sinh mủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6/7 bệnh nhân (86%) có ăn mòn xương.

Mảnh xương chết là dấu hiệu đặc trưng của lao khớp. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có mảnh xương rời.

Áp xe là đặc điểm của viêm khớp nhiễm trùng, biểu hiện tăng tín hiệu với viền giảm tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu với viền tăng tín hiệu trên T1W. Trên các hình ảnh sau tiêm đối quang, có hình ảnh viền ngấm thuốc đồng nhất. Cần phân biệt với áp xe trong viêm khớp nhiễm trùng trong đó có tình trạng viêm quanh khớp rõ rệt [9]. Sanghvi et al. [12] và Prakash et al. [8] tìm thấy ổ áp xe lớn, thành mỏng trong mô mềm

xung quanh lần lượt ở 3/15 bệnh nhân và 9/12 bệnh nhân. Hong và cộng sự [13] thấy ổ áp xe có thành mỏng và nhẵn ở 16/16 bệnh nhân lao khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 3/7 bệnh nhân có áp xe kèm phù nề phần mềm quanh khớp.

## V. KẾT LUẬN

Lao khớp là bệnh lý quan trọng đòi hỏi phải phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Tổn thương lao khớp thường khó biệt được với các bệnh lý khớp khác bằng lâm sàng, xét nghiệm. Cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm lao khớp trong đó viêm màng hoạt dịch và ăn mòn xương là dấu hiệu thường gặp nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolfgang GL.** Tuberculosis joint infection. Clin Orthop 1978 ;136 :257-63.
2. **Shalini Agarwal, Lalit Mohan, Preeti Lamba, Sanjay Kumar,** Magnetic resonance imaging features of large joint tuberculous arthritis. Indian Journal of Musculoskeletal Radiology; 3(2); 82-87doi: 10.25259/ IJMSR\_11\_2021
3. **Gerlag DM, Tak PP.** How useful are synovial biopsies for the diagnosis of rheumatic diseases? Nat Rev Rheumatol. 2007;3(5):248-249. doi: 10.1038/ncprheum0485.
4. **Parker RH, Pearson CM.** A simplified synovial biopsy needle. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology. 1963; 6(2):172-176.
5. **Kelly S, Humby F, Filer A, et al.** Ultrasound-guided synovial biopsy: a safe, well tolerated and reliable technique for obtaining high-quality synovial tissue from both large and small joints in early arthritis patients. Annals of the rheumatic diseases. 2015;74(3):611-617.
6. **Sawhani V, Chandra T, Mishra RN, Aggarwal A, Jain UK, Gujral RB.** MRI features of tuberculosis of peripheral joints. Clin Radiol 2003 ;58 :755-62.
7. **Sitt J, Griffith JF, Lai FM, et al.** Ultrasound-guided synovial Tru-cut biopsy: indications, technique, and outcome in 111 cases. European radiology. 2017;27(5):2002-2010.
8. **Prakash M, Gupta P, Dhillon MS, Sen RK, Khandelwal N.** Magnetic resonance imaging findings in tubercular arthritis of elbow. Clin Imaging 2016;40:114-8.
9. **Choi JA, Koh SH, Hong SH, Koh YH, Choi JY, Kang HS.** Rheumatoid arthritis and tuberculous arthritis : Differentiating MRI features. AJR Am J Roentgenol 2009 ;193 :1347-53.
10. **Graif M, Schweitzer ME, Deely D, Matteucci T.** The septic versus nonseptic inflamed joint: MRI characteristics. Skeletal radiology. 1999 ; 28(11):616-620.

# NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ GIÁ TRỊ CỦA DẤU ẤN HÓA MÔ MIỄN DỊCH AMACR TRÊN MẢNH SINH THIẾT KIM UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TIỀN LIỆT

Trần Ngọc Dũng<sup>1</sup>, Đặng Thái Trà<sup>1</sup>, Phạm Văn Thịnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến tiền liệt theo thang điểm Gleason và vai trò của dấu ấn hóa mô miễn dịch AMACR trong chẩn đoán. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 65 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tuyến tiền liệt được sinh thiết kim tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2019 đến tháng 3/2022. Nhận xét một số đặc điểm về tuổi, nồng độ PSA toàn phần (tPSA). Phân tích các dữ liệu mô bệnh học và sự bộc lộ của dấu ấn AMACR thu được. **Kết quả:** Đa số các BN có điểm Gleason cao. Cấu trúc mô bệnh học thường gặp là tuyến kém biệt hóa, ổ đặc, hình sàng hoặc tuyến vi nang hợp nhau. Xâm nhập quanh sợi thần kinh gặp nhiều nhất. Dấu ấn AMACR có độ nhạy (92,3%) và độ đặc hiệu (76,9%). Không tìm thấy mối

liên quan có ý nghĩa giữa sự bộc lộ dấu ấn AMACR với điểm Gleason hoặc nồng độ PSA toàn phần (tPSA). **Kết luận:** Thang điểm Gleason và dấu ấn AMACR có giá trị trong việc chẩn đoán, cũng như tiên lượng ở bệnh nhân UTTTL.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, dấu ấn AMACR (P504S), thang điểm Gleason.

## SUMMARY

### RESEARCH ON HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THE SIGNIFICANCE OF AMACR IMMUNOHISTOCHEMICAL MARKERS IN PROSTATE CARCINOMA BIOPSIES

**Objective:** to evaluate the histopathological features of prostate carcinoma based on the Gleason scale and to investigate the diagnostic value of the AMACR marker. **Subjects and methods:** A retrospective analysis was conducted on 65 patients who received needle biopsies for prostate carcinoma at 103 Military Hospital between May 2019 and March 2022. Observe several characteristics related to age, total PSA concentration (tPSA), analysis of histopathological data, and the expression of the AMACR marker that has been obtained. **Results:** Most

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Dũng

Email: tranngocdung\_gpb@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023