

procedure in initial traumatic shoulder dislocation (arthroscopy–limbus refixation)]. Unfallchirurgie. Apr 1991;17(2):76-9. Therapeutisches Vorgehen bei erstmaliger traumatischer Schulterluxation (Arthroskopie-Limbusrefixation).

8. **Terra BB, Ejnisman B, Belangero PS, et al.** Arthroscopic Treatment of First-Time Shoulder Dislocations in Younger Athletes. Orthopaedic journal of sports medicine. May 2019; 7(5): 232 5967119844352. doi:10.1177/2325967119844352

9. **Lê Hồng Hải NQD.** Kết quả điều trị sai khớp vai ra trước, tái diễn bằng nội soi theo phương pháp Bankart. tạp chí Chấn thương Chính hình Việt Nam. 2013;đặc biệt

10. **Pasa L, Pokorný V, Visna P, Nestrojil P, Hart R, Kalandra S.** [Arthroscopic stabilization of a primary traumatic dislocation of the glenohumeral joint]. Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Cechoslovaca. 2004;71(3):142-6. ASKP stabilizace první traumatické luxace GH kloubu.

## BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP U NGOẠI BÌ THẦN KINH NGUYÊN THỦY (PNET) TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Hạnh Uyên<sup>1</sup>, Đỗ Thị Ngọc Khánh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng, và điều trị của 2 ca u ngoại bì thần kinh nguyên thủy ở hố dưới thái dương tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng có can thiệp tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, chủ yếu là sưng và đau mặt. Hình ảnh CT-Scan và MRI cho thấy khối u nằm ở khu vực hố dưới thái dương, lan vào các cấu trúc giải phẫu lân cận như xương gò má, nền sọ. Về phương pháp điều trị, 1 ca được phẫu thuật bằng đường dưới hàm (Sebileau Carrega) để lấy trọn khối u, 1 ca được sinh thiết. Kết quả hoá mô miễn dịch của 2 ca là u ngoại bì thần kinh nguyên thủy. Hiện tại, 1 ca đang được xạ trị, 1 ca tử vong sau 6 tháng. **Kết luận:** U ngoại bì thần kinh nguyên thủy là khối u ác tính, phát triển nhanh chóng, rất hiếm gặp ở khu vực đầu cổ. Hiện nay, vẫn chưa có phương thức lâm sàng hay hình ảnh học giúp phát hiện sớm khối u hiếm gặp này. Hoá mô miễn dịch là chìa khoá để giúp chẩn đoán bệnh lý này.

**Từ khoá:** U ngoại bì thần kinh nguyên thủy (PNET)

### SUMMARY

#### REVIEWING 02 CASES OF PRIMITIVE NEUROECTODERMAL TUMOR (PNET) AT OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT OF CHO RAY HOSPITAL

**Objective:** Reviewing clinical symptoms, radiological images and management for 2 patients with PNET tumor of infratemporal fossa at ENT department of Cho Ray Hospital. **Methods:** 02 case reports of PNET tumor of the infratemporal fossa at ENT department of Cho Ray hospital. **Results:** Both 2 cases present with painful face swelling. The CT-Scan

and MRI show ill-defined tumor locate at infratemporal fossa that invade zygomatic bone, temporal fossa, and the skull base. 01 case was treated with transcervical approach ( Sebileau Carrega), biopsy was performed in 1 case. Immunohistochemistry results of 2 cases are PNET. 01 case is undergoing radiotherapy, 1 case has died due to tumor recurrence. **Conclusion:** PNET tumor is a malignant tumor, rapid growth and rarely seen at the head and neck. To date, there are no clinical or radiological modalities that could detect this rare tumor early. However, histopathology, immunohistochemistry are keys to its diagnosis.

**Keyword:** PRIMITIVE NEUROECTODERMAL TUMOR (PNET)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U ngoại bì thần kinh nguyên thủy (PNET) được mô tả là các khối u tế bào tròn nhỏ ác tính, có nguồn gốc thần kinh ngoại bì và thường ảnh hưởng đến các mô mềm và xương. Vào năm 1996, Betsakis và cộng sự (1) đã chia các khối u này thành ba nhóm dựa trên nguồn gốc của mô, đó là:

- Hệ thống thần kinh trung ương (CNS), PNET có nguồn gốc từ CNS.
- U nguyên bào thần kinh bắt nguồn từ hệ thần kinh thực vật (ANS)
- PNET ngoại biên có nguồn gốc từ các mô bên ngoài CNS và ANS

Tỷ lệ PNET ở khu vực nền sọ, đầu cổ chiếm khoảng 3% (2), thường phát hiện ở xương hàm dưới và xương sọ.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo 2 ca u ngoại bì thần kinh nguyên thủy có can thiệp lâm sàng tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Trường hợp 1.** Bệnh nhân nữ 5 tuổi nhập viện vì có khối u ở vùng góc hàm trái khoảng 1 tháng, ăn uống kém. Khi khám bệnh nhân, thấy

\*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hạnh Uyên

Email: uyentat@gmail.com

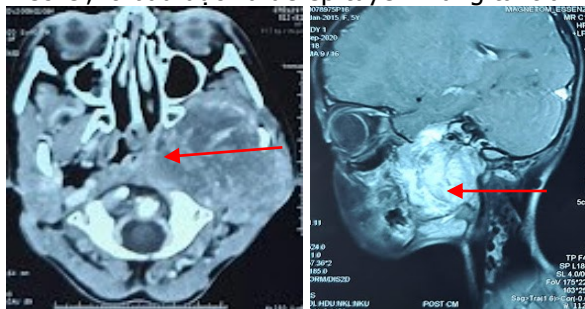
Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

có khối u ở góc hàm trái, mật độ khối u cứng, chắc, di động kém, há miệng không hạn chế. Khám trong họng phát hiện khối u đầy phồng thành bên họng và amidan trái ra trước.

Trên hình ảnh CT-Scan và MRI, chúng tôi ghi nhận khối u có kích thước # 5x5x6 cm ở hố dưới thái dương trái, bọc quanh bó mạch động mạch cảnh trong, chón chỗ trước cầu não, khoang Meckel, lỗ bầu dục và đè ép tuyến mang tai trái.

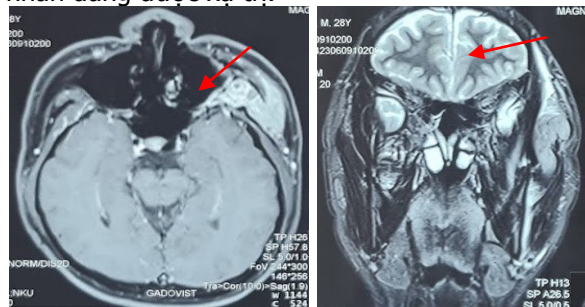


**Hình 1: khối u chón chỗ ở hố dưới thái dương, trước cầu não, khoang Meckel**

Toàn bộ khối u đã được lấy bằng đường phẫu thuật xuyên cổ (Sebileau Carrega), kết quả giải phẫu bệnh là u tế bào tròn và hoá mô miễn dịch là u ngoại bì thần kinh nguyên thủy. Bệnh nhân tử vong sau 6 tháng.

**Trường hợp 2.** Bệnh nhân nam 28 tuổi, nhập viện vì sưng đau gò má, thái dương bên trái. Khi khám bệnh nhân, ghi nhận khối u có mật độ cứng chắc, di động kém, há miệng không hạn chế. Không ghi nhận bất thường ở họng miệng.

Khối u đã được sinh thiết và có kết quả giải phẫu bệnh là u tế bào tròn và hoá mô miễn dịch là u ngoại bì thần kinh nguyên thủy. Hiện bệnh nhân đang được xạ trị.



**Hình 2: tổn thương ở cung gò má lan ra mô mềm vùng hố thái dương, khoang nhai, hố dưới thái dương trái.**

#### IV. BÀN LUẬN

U ngoại bì thần kinh nguyên thủy (PNET) có nguồn gốc từ dây thần kinh (2), lần đầu tiên được mô tả bởi Stout vào năm 1918. Hart và

Earle đã áp dụng thuật ngữ PNET để mô tả những khối u tế bào tròn nhỏ của hệ thần kinh trung ương và hệ thần kinh thực vật (3).

PNET thường được phát hiện ở những người trẻ tuổi da trắng, gốc Tây Ban Nha và rất hiếm gặp ở những người gốc Phi hoặc châu Á (3). Tỷ lệ mắc các khối u này rất hiếm và có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi với tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở trẻ hoặc tuổi thiếu niên. Theo một số y văn, khối u này thường xuất hiện ở độ tuổi 20 và thường thấy ở nam giới (7).

Những khối u này thường gặp ở mô mềm của chi dưới, ngực, mô cạnh sống, sau phúc mạc và hiếm khi gặp ở vùng đầu cổ. Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào vị trí của khối u, nguyên nhân thường đến khám là do sưng và đau vùng đầu, mặt do chèn ép các cấu trúc giải phẫu xung quanh như não, mắt.... Trong những trường hợp khối u to xâm lấn vào khoang căn sẽ làm há miệng bị hạn chế. Những triệu chứng lâm sàng của PNET thường tiến triển nhanh chóng và có tiên lượng xấu hơn so với các ung thư tế bào tròn nhỏ khác. Do đó, việc chẩn đoán chính xác PNET đóng vai trò quan trọng để đưa ra hướng điều trị hiệu quả.

Phương pháp chẩn đoán chính của PNET là hoá mô miễn dịch. Nhờ vào sự tiến bộ của hoá mô miễn dịch, đã giúp chúng ta phân biệt được PNET với các ung thư tế bào tròn nhỏ khác như sarcoma cơ vân, u nguyên bào thần kinh và lymphoma. Nghiên cứu của Iezzoni (6) báo cáo hơn 95% những trường hợp của PNET dương tính với MIC2 (CD99). Theo Yuwanati (7), mẫu mô nhuộm dương tính với Vimentin và CD99 đóng vai trò chính để phân biệt PNET với các ung thư tế bào tròn nhỏ khác. Cả 2 trường hợp của chúng tôi đều dương tính với dấu ấn CD99, trong đó, 1 trường hợp dương tính với dấu ấn Vimentin.

Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI) rất cần thiết để đánh giá chính xác độ xâm lấn và phát triển của khối u, để từ đó đưa ra kế hoạch điều trị tối ưu cho bệnh nhân. Mặt khác, CT-Scan và MRI giúp phát hiện được bệnh tái phát hoặc di căn. Trong những trường hợp nghi ngờ di căn, cần phải kiểm tra toàn diện, bao gồm chụp X-quang ngực, chụp CT ngực và sinh thiết tủy xương. Di căn thường được ghi nhận ở phổi, màng phổi, các xương khác và hệ thần kinh trung ương. Tỷ lệ phát hiện di căn tại thời điểm chẩn đoán là 31%, điều này phản ánh quá trình phát triển nhanh chóng của loại u này (7). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có ghi nhận hình ảnh khối u chèn ép thành bên

họng, xâm lấn nội sọ nhưng chưa ghi nhận di căn.

Phương pháp điều trị đa mô thức gồm phẫu thuật kết hợp với hoá trị và xạ trị là phương pháp điều trị chính. Điều trị đa mô thức được ủng hộ để ngăn ngừa di căn, tái phát và điều trị khối u còn sót lại sau khi cắt bỏ. Theo Carvajal (9), kết quả của phẫu thuật triệt căn sớm (radical surgery) sẽ tốt hơn so với phẫu thuật không triệt căn (non – radical surgery). Mặc dù PNET nhạy với xạ trị nhưng xạ trị là phương pháp điều trị hỗ trợ được dùng trong những trường hợp không cắt bỏ được hoàn toàn khối u hoặc rìa gần u. Phác đồ hóa trị được khuyến nghị trong điều trị PNET bao gồm vincristine, doxorubicin và cyclophosphamide cùng với ifosfamide và etoposide (IE) (9). Trong trường hợp của chúng tôi, 1 bệnh nhân đã được sinh thiết và đang xạ trị, 1 bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy toàn bộ khối u nhưng không kết hợp hoá xạ trị sau phẫu thuật.

Do tính chất phát triển nhanh và độ xâm lấn cao nên tiên lượng của PNET rất xấu, tỷ lệ sống còn sau 2 năm từ sau khi được chẩn đoán và điều trị đa mô thức là 65%, và giảm xuống 25% nếu khối u lớn hơn 5 cm (7). Nhiều tài liệu y văn cho thấy tỷ lệ sống sót sau 5 năm của những bệnh nhân có bệnh lý tại chỗ là 40 -79%, và đã di căn là 0 – 25% (7). Các yếu tố tiên lượng xấu đối với PNET bao gồm bệnh nhân trên 10 tuổi, thâm nhiễm xương và di căn tủy xương, xạ trị trị liệu với liều cao hơn 5 Gy, và hóa trị liệu liều cao. Hiện tại số liệu của chúng tôi còn ít để có thể

đánh giá tỷ lệ sống còn của bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

U ngoại bì thần kinh nguyên thủy (PNET) là các khối u ác tính có độ xâm lấn cao, rất hiếm gặp ở đầu và cổ. Đến nay, vẫn chưa có các phương thức lâm sàng hay hình ảnh học nào giúp phát hiện sớm bệnh lý này. Tuy nhiên, hoá mô miễn dịch đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị sớm giúp cải thiện khả năng sống sót lâu dài của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Batsakis JG, Mackay B, el-Naggar AK.** Ewing's sarcoma and peripheral primitive neuroectodermal tumor: an interim report. Ann Otol Rhinol Laryngol 1996; 105: 838-843.
2. **Stout AP.** A tumor of the ulnar nerve. Proc NY Pathol Soc 1918;12:2-12.
3. **Hart MN, Earle KM.** Primitive neuroectodermal tumors of the brain in children. Cancer 1973;32:890-7.
4. **Iezzi JC, Mills SE.** "Undifferentiated" small round cell tumors of the sinonasal tract: Differential diagnosis update. Am J Clin Pathol 2005; 124: 110- 121.
5. **Yuwanati M, Tupkari J, Mhaske S, Joshi P (2013)** Primitive neuroectodermal tumor of the posterior mandible: A case report. J Clin Exp Invest 4: 101-104.
6. **Carvajal R, Meyer P.** Ewing's sarcoma and primitive neuroectodermal family of tumor. Hematol Oncol Clin North Am. June 2005; 19: 501-525.
7. **Kushner BH, Haydu S, Gulati SC.** Extracranial primitive neuro-ectodermal tumors. Cancer 1991; 67: 1825-1826.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN VIÊM MŨI XOANG CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Ngọc Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Trung<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm vi khuẩn học ở trẻ em viêm mũi xoang cấp tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 43 trường hợp được chẩn đoán viêm mũi xoang cấp tại Khoa Tai Mũi Họng và Khoa Vi sinh - Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** cho thấy

tuổi trung bình chung là 6,07±3,61, tỷ lệ trẻ nam cao hơn so với trẻ nữ (65,1% và 34,9%). Tỷ lệ nuôi cấy dương tính là 69,8% (30 bệnh nhân). Vi khuẩn gặp nhiều nhất là H.influenzae chiếm 53,3%, tiếp theo là M.catarrhalis (20,0%); S. pneumoniae và S.aureus (16,7%); không gặp trường hợp nào là vi khuẩn kỵ khí và P.aeruginosa. **Kết luận:** Nuôi cấy định danh vi khuẩn trong viêm mũi xoang cấp tính trẻ em cho bác sỹ lâm sàng định hướng sử dụng kháng sinh thích hợp để điều trị.

**Từ khóa:** Vi khuẩn, viêm mũi xoang cấp, trẻ em.

### SUMMARY

**BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS**

**Objectives:** To evaluate Bacteriological

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Hà

Email: drhaent@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023