

c.861G>A, c.2211+1G>A, c.265-1G>T, c.1333-2A>G, c.2520+1\_2520+4del, p.Trp99X, p.Ile124Argfs\*6, p.Val714\*, p.Tyr651X. 07 đột biến mới chưa được công bố trên các tài liệu quốc tế bao gồm: 04 đột biến lệch khung dịch mã: p.Thy345Argfs\*6, p.Pro232Serfs\*8, p.893Glyfs24\*, c.1312delT, và 03 đột biến sai nghĩa: p.Trp681Cys, p.Phe162Tyr, p.Ser402Thr.

Xác định 5 đột biến trên 5 Intron và 12 đột biến khác nhau trải dài trên 11 exon có đột biến gen RB1.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alonso J, García-Miguel P, Abelairas J, et al (2001).** Spectrum of germline RB1 gene mutations in Spanish retinoblastoma patients: Phenotypic and molecular epidemiological implications. *Hum Mutat.* 17, 412-22
2. **Alonso J, Frayle H, Menéndez I et al (2005).** Identification of 26 new constitutional RB1 gene mutations in Spanish, Colombian, and Cuban retinoblastoma patients. *Hum Mutat.* 25, 99.
3. **Abouzeid H, Schorderet DF, Balmer A et al**

- (2009). Germline mutation in retinoma patients: relevance to low-penetrance and low-expressivity molecular basis. *Mol Vis.* 15, 771-777
4. **Houdayer C, Gauthier-Villars M, Lauges A et al (2004).** Comprehensive screening for constitutional RB1 mutations by DHPLC and QMPSF. *Hum Mutat.* 23, 193-202
5. **Lohmann D.R, Brandt B, Hopping W et al (1996).** The spectrum of RB1 germ-line mutations in hereditary retinoblastoma. *Am J Hum Genet.* 58, 940-949.
6. **Rushlow D, Piovesan B, Zhang K et al (2009).** Detection of mosaic RB1 mutations in families with retinoblastoma. *Hum Mutat.* 30, 842-851.
7. **Mallapatna A, Marino M, Singh AD (2016).** Genetics of Retinoblastoma. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila).* 5(4),260-264
8. **Parsam VL, Kannabrian C, Honavar S et al (2009).** A comprehensive, sensitive and economical approach for detection of mutations in RB1 gene in retinoblastoma. *J Genet.* 88, 517-527.
9. **Valverde J.R., Alonso J., et al. (2005).** RB1 gene mutation up-date, a meta analysis based on 932 reported mutations available in a searchable database. *BMC Genet.* 6: p. 53.

## U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TỔ CHỨC HỐC MẮT: BÁO CÁO CA BỆNH

Phùng Thị Thúy Hằng<sup>1</sup>, Lê Việt Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Tâm<sup>1</sup>,  
Hàn Việt Trung<sup>1</sup>, Lê Thị Thanh Vui<sup>1</sup>, Ngô Thị Khánh Huyền<sup>1</sup>  
Hoàng Trường Sơn<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Trường<sup>2</sup>, Bùi Văn Sơn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

U lympho không Hodgkin là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của máu, chiếm gần 3% tổng số ca bệnh ung thư trên toàn cầu, với khả năng mắc suốt đời khoảng 0,72% với nam và 0,35% với nữ.<sup>1</sup> U lympho hốc mắt là trường hợp hiếm gặp của biểu hiện khối u ngoại hạch của u lympho, với triệu chứng không điển hình, bệnh lý rất dễ bị chẩn đoán nhầm và điều trị muộn. Trong quá trình điều trị chúng tôi có ghi nhận một trường hợp bệnh nhân nữ 38 tuổi biểu hiện các triệu chứng ở mắt, tai mũi họng. Diễn biến bệnh qua nhiều giai đoạn tiến triển và bước đầu đáp ứng điều trị tại Trung tâm huyết học, Bệnh viện Bạch Mai. **Từ khóa:** U lympho không Hodgkin, U lympho hốc mắt

### SUMMARY

#### OCULAR ADNEXAL NON-HODGKIN LYMPHOMA: A CASE REPORT

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thúy Hằng

Email: phunghangbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 8.11.2023

Non-Hodgkin lymphoma is the most common hematological malignancy, which accounts for almost 3% of all cancer diagnosis worldwide, with lifetime incidence of 0.72% for men and 0.35% for women. Ocular adnexal lymphoma is a rare manifestation of extranodal lymphoma. with atypical symptoms, this disease is easily misdiagnosed, leading to delayed treatment. During the course of treatment, we have recorded a case of a 38-year-old female patient presenting with symptoms in the eyes, ears, nose and throat. The disease progressed through many stages of progression and initially responded to treatment at the Hematology Center, Bach Mai Hospital.

**Keywords:** Non- Hodgkin Lymphoma, Ocular Adnexal Lymphoma

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho là một nhóm bệnh không đồng nhất liên quan đến tình trạng tăng sinh đơn dòng ác tính của các tế bào dòng lympho ở các vị trí mô lưới bạch huyết, bao gồm hạch bạch huyết, tủy xương, lách, gan và đường tiêu hóa. Nhóm bệnh lý này chiếm khoảng 5% tất cả các bệnh lý ác tính. U lympho được chia thành 2 nhóm lớn là: U lympho tế bào Hodgkin và U lympho không Hodgkin chiếm 85%.<sup>2</sup> U lympho không Hodgkin là

bệnh lý ác tính phổ biến nhất của máu, chiếm gần 3% tổng số ca bệnh ung thư và tử vong do ung thư trên toàn cầu. Ở Mỹ, u lympho không Hodgkin đứng thứ 7 trong số những ung thư phổ biến nhất và đứng thứ 6 về tỷ lệ tử vong do ung thư.<sup>1</sup>

U lympho có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, ngoài các khối u hạch, u lympho có thể có những biểu hiện khối u ngoại hạch, phổ biến nhất là ở hệ tiêu hóa, thần kinh, u da. U lympho tổ chức hạch mắt là trường hợp hiếm gặp trong các khối u ngoại hạch. U lympho ở tổ chức hạch mắt là khối u ác tính phổ biến nhất ở mắt, chiếm 55% tất cả các trường hợp u ác tính ở mắt ở người trưởng thành. Khối u có thể khởi phát ở tổ chức quanh mắt, mi mắt, tuyến lệ, kết mạc và là bệnh lý độc lập với u lympho nội nhãn. Các triệu chứng lồi mắt và lộ mô liên kết hạch mắt là những triệu chứng phổ biến nhất được người bệnh phản nản khi đến khám tại cơ sở y tế.<sup>3</sup>

U lympho vùng hạch mắt cần phải chẩn đoán phân biệt với nhiều bệnh lý có biểu hiện tương tự như viêm tổ chức hạch mắt, bệnh lý nhiễm trùng (giang mai, virus), giả u do viêm tiền phát, viêm mô tế bào, bệnh lý tuyến giáp.<sup>4</sup>

Chẩn đoán xác định cần phải dựa trên xét nghiệm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, các xét nghiệm khác được dùng để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị như tổng phân tích tế bào máu, chức năng gan- thận, CT hoặc MRI sọ não, ngực, bụng, tiểu khung.

Chúng tôi trình bày ca bệnh có biểu hiện lâm sàng không điển hình, với biểu hiện đơn độc vùng hạch mắt, đáp ứng kém với điều trị ban đầu và các xét nghiệm ban đầu không hướng đến được nguyên nhân cụ thể.

## II. TRÌNH BÀY CASE LÂM SÀNG

**2.1. Bệnh sử.** Bệnh nhân nữ, 38 tuổi, vào viện vì mắt trái sưng nề đau nhức, mất thị lực, mắt phải sưng nề. Bệnh diễn biến khoảng 1,5 năm nay, sau mổ mũi xoang lần 3 tại bệnh viện 108, bệnh nhân xuất hiện sưng nề, đỏ mắt trái được chẩn đoán viêm tổ chức hạch mắt/Viêm xoang/Đái tháo đường đã điều trị 04 đợt tại Bệnh viện 108, bệnh thuyên giảm ít chuyển Bệnh viện Mắt Trung Ương điều trị thấy mắt trái sưng nề, phù nhiều hơn, giảm thị lực, chuyển Bệnh viện Bạch Mai điều trị từ tháng 10/2022 bệnh nhân duy trì thuốc theo đơn Medrol 4mg x 1 viên/ngày, Neoral 100mg x 1 viên/ngày. Sau 5 tháng điều trị theo phác đồ, bệnh nhân xuất hiện mắt phải sưng nề mi, nhức nhẹ mi góc trong, không nhìn mờ, không sốt, không đau đầu vào viện Bạch Mai. Bệnh nhân được làm sinh thiết

mô mũi xoang kết quả u lympho không Hodgkin chuyển Trung tâm Huyết học, Bệnh viện Bạch Mai điều trị tiếp. Trong thời gian bị bệnh, bệnh nhân nhiều lúc căng thẳng, lo lắng sợ mình không còn nhìn được, lo kinh tế gia đình, rối loạn giấc ngủ khoảng 1-2lần/tuần, khó vào giấc, thường mơ gặp lại anh chị em ruột đã mất, đêm ngủ được khoảng 3-4 tiếng. Tuy nhiên bệnh nhân vẫn lạc quan tin tưởng vào các bác sĩ, vẫn sinh hoạt bình thường, tiếp tục điều trị theo phác đồ chuyên khoa.



**Hình 1: Ảnh bệnh nhân tháng 10/2022 và tháng 4/2023**

### 2.2. Tiền sử

Bản thân: Tính cách: vui vẻ hòa đồng, Không có tiền sử dị ứng

Tiền sử viêm xoang từ 2009, phẫu thuật mũi xoang 3 lần 2018 tại Bệnh viện tỉnh Quảng Ninh, 2021 và 2022 tại Bệnh viện 108.

Đái tháo đường phát hiện cách đây khoảng 02 năm đang điều trị Janumet 50/850.

Gia đình: Không ai mắc bệnh tâm thần, động kinh, di truyền

Hoàn cảnh gia đình ổn định

### 2.3. Khám bệnh

Toàn thân:

- Thể trạng trung bình
- Da niêm mạc nhợt nhẹ, có vết thâm cùng mắt, cẳng tay

- Hạch góc hàm;

- Mạch: 86 lần/phút, Huyết áp: 130/80mmHg, Nhiệt độ: 36,8°C

Khám mắt:

- Mắt trái (MT): Thị lực Sáng tối (-), mi sưng nề, kết mạc cương tụ, giãn mạch máu kết mạc, giác mạc trong, tiền phòng sâu sạch, Thủy tinh thể trong, đục dịch kính, đĩa thị bạc màu, bờ rõ động mạch trung tâm võng mạc co nhỏ, võng mạc hồng, vận nhãn các hướng không hạn chế.

- Mắt phải (MP): Thị lực 20/30, mi sưng nề, kết mạc cương tụ nhẹ, giác mạc trong, tiền phòng sâu sạch, thủy tinh thể trong, đục dịch kính, đĩa thị hồng, bờ mờ, giãn tĩnh mạch trung

tâm võng mạc, võng mạc hồng, vận nhãn các hướng không hạn chế.

Tâm thần:

- Biểu hiện chung: Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc được
- Ý thức: Không rối loạn các năng lực định hướng
- Cảm giác tri giác: Không có ảo giác, ảo tưởng, tri giác sai thực tại, giải thể nhân cách
- Tư duy: Không có hoang tưởng, ám ảnh, định kiến

- Cảm xúc: Buồn bã, khóc lóc, lo lắng

- Hoạt động: Lao động, sinh hoạt bình thường, ăn ngủ kém

- Chú ý, trí nhớ, trí tuệ : Không rối loạn

Các cơ quan khác: Chưa phát hiện bất thường

**2.4. Cận lâm sàng:** (Tại Khoa Mắt, Bệnh viện Bạch Mai)

Tổng phân tích máu ngoại vi:

Hồng cầu: 4.65 T/L; Hb: 125 g/L; HCT 0.388; MCV 83.4 fL; MCHC 322 g/L; RDW-CV 14.3%;

Tiểu cầu: 417 G/L; MPV 8.5 fL;

Bạch cầu: 8.83 G/L; NEUT% 76.1%; EO% 0.2; BASO% 0.5; MONO% 8.5; LYM%14.7; NEUT#: 6.72 g/l; EO#: 0.02 g/l; BASO#: 0.04; MONO#: 0.75; LYM#: 1.30;

Tế bào bất thường 0%, Tế bào kích thích 0%.

Máu lắng: 1h (30mm); 2h (64mm)

Hóa sinh máu: Ure: 5.0 mmol/l; Creatine: 47  $\mu$ mol/l; Glucose: 6.8 mmol/l; AST: 18 U/L; ALT: 24 U/L; LDH: 232 U/L; Na<sup>+</sup>: 138 mmol/l; K<sup>+</sup>: 3.4 mmol/l; Cl<sup>-</sup>: 100 mmol/l

Đông máu cơ bản: PT(s): 12.1s; PT(%): 75%; PT-INR: 1.15; APTT(s): 28.4s; rAPTT: 1.00; Fibrinogen: 3.84 g/l.

Soi đáy mắt: Viêm màng bồ đào 02 mắt

Chụp đáy mắt không huỳnh quang: MP (đĩa thị hồng, bờ mờ, giãn tĩnh mạch trung tâm võng mạc) MT (Đĩa thị bạc màu, xuất tiết rải rác võng mạc, động mạch võng mạc trung tâm co nhỏ)

Siêu âm mắt: MP (hình ảnh siêu âm vẫn đục dịch kính, viền dịch quanh nhãn cầu, dấu hiệu T-sign) MT (hình ảnh siêu âm vẫn đục dịch kính, viền dịch quanh nhãn cầu, dấu hiệu T-sign).

CT tiêm thuốc: Hình ảnh dày niêm mạc các xoang hàm mặt đã mở thông. Phù nề kèm ngấm thuốc mạnh phần mềm vùng trước hốc mắt 02 bên, tăng kích thước dải thị bên trái – theo dõi tổn thương viêm

Dịch tiền phòng: PCR lao (-), HSV(-), EBV(-), CMV(-), Protein niệu (-), ANA 1,3, dsDNA (-), p/c ANCA(-)

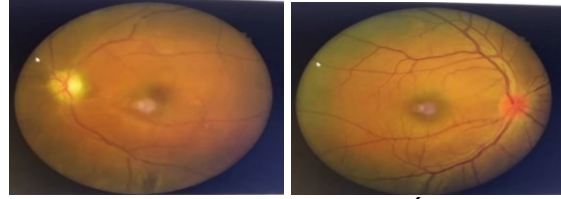
Huyết đồ: Số lượng hồng cầu bình thường, lượng huyết sắc tố giảm, hồng cầu bình sắc, kích thước bình thường, đồng đều. Số lượng bạch cầu bình thường, tỷ lệ monoxit tăng. Số lượng và độ

tập trung tiểu cầu bình thường.

Tủy đồ: Mật độ tế bào tủy bình thường, dòng hồng cầu phát triển tốt. Dòng bạch cầu hạt gặp đủ các lứa tuổi, biến đổi hình thái, trưởng thành được. Mẫu tiểu cầu mức trung bình. Không gặp tế bào lạ

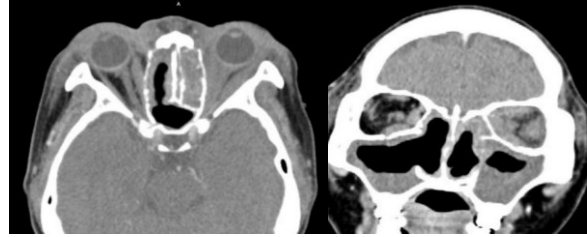
Kết quả mô bệnh học và hoá mô miễn dịch (Sinh thiết bệnh phẩm mắt trước xoang bướm trái): U lympho ác tính không Hodgkin, tế bào T, NOS

Trắc nghiệm tâm lý: DASS (D-3đ, A-5đ, S-1đ), ZUNG 33đ, BECK 5đ, PSQI 9đ: có rối loạn giấc ngủ, các điểm lo âu, trầm cảm, stress trong giới hạn.



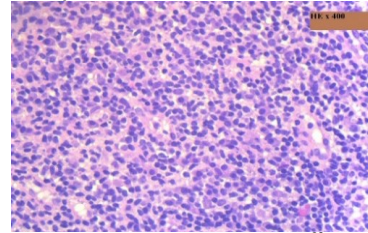
**Hình 2: Hình ảnh đáy mắt trái**

Hình ảnh teo đĩa thị. Mắt phải: bình thường



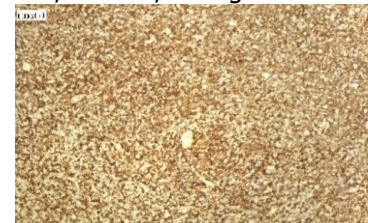
**Hình 3: Hình ảnh CT Sọ não**

Thâm nhiễm ổ mắt trái cả các cơ vận nhãn, cơ thẳng trong phải, xoang sàng hai bên và tổ chức dưới da phía trước hốc mắt hai bên.

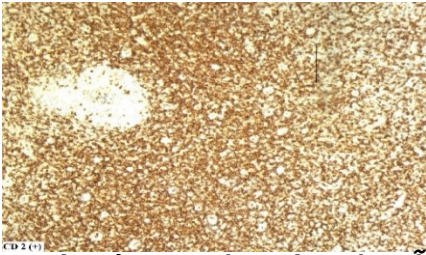


**Hình 4: Hình ảnh giải phẫu bệnh**

Hình ảnh mô bệnh học trên phương pháp nhuộm HE độ phóng đại 400: tăng sinh các tế bào nhân lớn, có khía, không đều.



**Hình 5: Nhuộm hóa mô miễn dịch dấu ấn CD7 dương tính lan tỏa**



**Hình 6: Hình ảnh nhuộm hóa mô miễn dịch dấu ấn CD2 dương tính lan tỏa**

**2.5. Chẩn đoán:** U lympho không Hodgkin tế bào T giai đoạn IIB, NOS

**2.6. Quá trình điều trị:** Điều trị bệnh nhân này bằng phác đồ CHOP-E 1 đợt,

- Rituximab 375 mg/m<sup>2</sup> TTM ngày 1
- Cyclophosphamide: 750 mg/m<sup>2</sup> TTM ngày 1
- Doxorubicin: 50 mg/m<sup>2</sup> TTM ngày 1
- Vincristine: 1,4 mg/m<sup>2</sup> TM ngày 1
- Prednisone 45 mg/m<sup>2</sup> uống ngày 1 đến ngày 5

Sau đó bệnh không đáp ứng chuyển phác đồ Hyper -CVAD course A

Thuốc

- Cyclophosphamide: 300mg/m<sup>2</sup> da, Truyền tĩnh mạch liên tục 3 giờ, mỗi 12 giờ
- Vincristine: 1,4mg/m<sup>2</sup> da (tối đa 2mg), Truyền tĩnh mạch, Truyền sau Cyclophosphamide 12 giờ
- Doxorubicin: 16,6mg/m<sup>2</sup> da/ngày Truyền tĩnh mạch trong 72 giờ
- Dexamethason: 40mg, Truyền tĩnh mạch hoặc uống
- Mesna: 600mg/m<sup>2</sup> da/ngày, Truyền tĩnh mạch trong 72 giờ, bắt đầu ngày 2, truyền 1 giờ trước liều đầu và 12 giờ sau liều cuối Cyclophosphamide,

Ngoài ra trong quá trình điều trị thì còn dùng kháng sinh, truyền máu, điều trị dự phòng bạch cầu giảm và kích bạch cầu, đái tháo đường.

Bệnh nhân được hẹn theo lịch của Trung tâm Huyết học theo phác đồ điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Tổng quan y văn

##### 4.1.1. U lympho không Hodgkin.

U lympho không Hodgkin là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của máu, chiếm gần 3% tổng số ca bệnh ung thư và tử vong do ung thư trên toàn cầu. Ở Mỹ, u lympho không Hodgkin đứng thứ 7 trong số những ung thư phổ biến nhất và đứng thứ 6 về tỷ lệ tử vong do ung thư. U lympho không Hodgkin được phân biệt với u lympho Hodgkin bởi sự vắng mặt của tế bào Reed-Sternberg và nhuộm âm tính với CD15 và CD30

trên giải phẫu bệnh học. Có hơn 40 dưới nhóm u lympho không Hodgkin, các dưới nhóm này được phân biệt với nhau bởi mức độ biệt hóa, độ lớn của tế bào ban đầu, mức độ phân chia và sự phát triển khối u về mặt mô học. Các nhóm thường gặp nhất bao gồm u lympho thể nang tiến triển chậm và u lympho dòng tế bào B lớn lan tỏa tiến triển nhanh. Mỗi loại có những yếu tố nguy cơ riêng về di truyền cũng như môi trường. Gần 85% tất cả các u lympho không Hodgkin là từ tế bào dòng B, 15% còn lại là tế bào dòng T/ NK, và một số lượng nhỏ từ thực bào đơn nhân.<sup>1,2</sup>

Các nguyên nhân gây ra u lympho không Hodgkin:

- Chuyển đoạn nhiễm sắc thể: phổ biến nhất là t(14;18)(q32;q21)
- Nhiễm trùng: Một số virus được cho là nguyên nhân gây ra u lympho không Hodgkin như EBV, HCV, HTLV-1.
- Các yếu tố môi trường: hóa chất, hóa trị, phơi nhiễm phóng xạ.

- Tình trạng suy giảm miễn dịch: AIDS làm gia tăng nguy cơ u lympho lên gấp 100 lần.

- Viêm mạn tính: những bệnh tự miễn như hội chứng Sjögren, viêm tuyến giáp Hashimoto.

##### Triệu chứng lâm sàng:<sup>2</sup>

**Triệu chứng cơ năng:** Các triệu chứng thường thầm lặng, phần lớn người bệnh khởi phát với hạch bạch huyết sưng to và không đau, tiến triển chậm. 1/3 số người bệnh gặp các triệu chứng ngoại hạch, thường thấy nhất là triệu chứng ở hệ tiêu hóa, da, tủy xương, các xoang, tiết niệu, tuyến giáp và hệ thần kinh trung ương. Các triệu chứng B thường gặp (sốt nhẹ >38 độ C, đổ mồ hôi đêm, giảm cân >10% trong vòng 6 tháng), xảy ra ở 30-40% số người bệnh.

##### Triệu chứng thực thể:

- Hạch sưng to, mật độ chắc, không đau: hạch to có thể ở một hoặc nhiều vị trí, có thể xuất hiện ở cổ, bẹn, nách, thượng đòn... Khối u có thể xuất hiện ngoại hạch như u thần kinh, u da, u gan, u lách, u dạ dày.

- Gan to, lách to: Khám thấy các khối vùng bụng, gan lách to có thể gây chèn ép các tạng lân cận.

- Tổn thương da

Biến chứng: xuất huyết các cơ quan, nhiễm khuẩn, chèn ép, xâm lấn của bệnh... hoặc biến chứng trong quá trình điều trị

Người bệnh của chúng tôi không có sự xuất hiện của các triệu chứng B, biểu hiện ở mắt là chủ yếu và chính là một u ngoại hạch, các triệu chứng lâm sàng là hậu quả của khối u chèn ép lên cơ quan, hiện chưa phát hiện các khối u ở vị trí khác.



Cận lâm sàng và chẩn đoán:<sup>5</sup> Hạch đồ, sinh thiết hạch và sinh thiết khối u và các xét nghiệm quyết định chẩn đoán và phân loại u lympho về mô bệnh học. Hóa mô miễn dịch được sử dụng để phân loại miễn dịch tế bào bị tổn thương. Ngoài các xét nghiệm trên, các cận lâm sàng khác cũng cần được làm để đánh giá giai đoạn và dự đoán khả năng đáp ứng điều trị của bệnh nhân.

Người bệnh của chúng tôi được làm các xét nghiệm tiếp cận tương ứng với chẩn đoán là viêm tổ chức hốc mắt, loại trừ các nguyên nhân viêm, tự miễn và nhiễm khuẩn, kết hợp với việc kém đáp ứng điều trị và tiến triển nhanh, việc sinh thiết tìm nguyên nhân u được nghĩ đến. Kết quả sinh thiết cho thấy u lympho không Hodgkin.

**4.1.2. U lympho ở mắt:** Trong khi u lympho Hodgkin hiếm khi gây bệnh ở mắt, u lympho không Hodgkin là loại thường gặp nhất của u lympho gặp ở mắt. Tùy vào vị trí, u lympho có thể gặp ở nội nhãn, vùng tổ chức hốc mắt hoặc ở các phần phụ của mắt. Các khối u này chiếm khoảng 8% các khối u ngoài hạch, tỷ lệ gặp tăng cố định 3-4% mỗi thập kỷ.<sup>3,6</sup>

**Nội nhãn:**<sup>3,7</sup> U lympho nội nhãn là bệnh lý u lympho ác tính hiếm gặp, chiếm khoảng 1% u lympho không Hodgkin, 1% khối u nội sọ. Có thể là tiên phát hoặc thứ phát. U lympho nội nhãn tiên phát thường là một dưới nhóm của u lympho hệ thần kinh trung ương, trong khi đó U lympho nội nhãn thứ phát là do di căn từ một cơ quan khác hệ thần kinh trung ương. Biểu hiện phổ biến nhất là viêm màng bồ đào kéo dài kết hợp với giảm thị lực. Hình ảnh mô bệnh học thường là ác tính cao và có thể xảy ra trong bệnh cảnh liên quan đến AIDS. Chẩn đoán thường được đặt ra dựa trên sinh thiết mô nội nhãn. Điều trị tối ưu vẫn chưa được tìm ra. Kết hợp hóa-xạ trị là phương pháp hiệu quả nhất, tuy nhiên để lại nhiều hậu quả trên mắt và não.

**Tổ chức hốc mắt và phần phụ của mắt:** U lympho được mô tả là u ác tính phổ biến nhất của mắt, chiếm 55% tất cả các ca bệnh ở người trưởng thành và 10% các ca bệnh ở người lớn tuổi, tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam. Các triệu chứng thường là hậu quả do áp lực của khối u tạo ra. Thường gặp lồi mắt có hoặc không gây rối loạn vận nhãn, có thể gặp nhìn đôi, sụp mi và giảm thị lực. Khối u lympho có thể ảnh hưởng đến các phần phụ như tuyến lệ, mi mắt hoặc kết mạc.<sup>3,7</sup>

Trong một nghiên cứu của Melda và cộng sự (2015), 44% gặp u lympho ở kết mạc, 27,8% gặp ở viền sau của mắt, 22,2% gặp ở mi mắt, 5,5% gặp ở tuyến lệ. Các triệu chứng thường

gặp bao gồm: khối sờ thấy được ở vùng quanh mắt (55%), nhìn đôi (22,2%), đau mắt và đau đầu (16,7%), giảm thị lực (11,1%). 61% gặp ở mắt phải và 39% gặp ở mắt trái, không có trường hợp nào gặp đồng đều ở 2 mắt.<sup>8</sup>

Các khối u thường khu trú ở vùng tổ chức hốc mắt và đáp ứng tốt với điều trị tại chỗ hoặc điều trị hệ thống. Các khối u ở vùng viền và phần phụ của mắt thường có mô bệnh học ác tính thấp và xảy ra trong bệnh cảnh không liên quan đến AIDS. Hình ảnh mô bệnh học hầu hết là tế bào lympho dòng B. U lympho phần phụ và vùng viền mắt thường đi kèm với u lympho hệ thống ở 30-35% các trường hợp. Vì vậy cần làm cận lâm sàng tổng quát để phát hiện u lympho ở các vùng khác.<sup>3,7</sup>

**4.2. Bàn luận.** Người bệnh của chúng tôi có biểu hiện sưng nề ở mắt trái không hạn chế vận nhãn, triệu chứng giảm thị lực rõ rệt (sáng- tối (-)), động mạch trung tâm võng mạc co nhỏ, ban đầu bệnh nhân được chẩn đoán viêm tổ chức hốc mắt và điều trị theo chẩn đoán trên, tuy nhiên bệnh không đáp ứng điều trị, các xét nghiệm đều không hướng đến nguyên nhân viêm và nhiễm khuẩn, vì vậy nguyên nhân khối u được hướng đến. Mô bệnh học và hóa mô miễn dịch cho kết quả tế bào lympho dòng T.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu mô tả trường hợp người bệnh nữ, 38 tuổi bị u lympho tổ chức hốc mắt với biểu hiện ban đầu lồi mắt không điển hình. Các kết quả thăm khám, xét nghiệm ban đầu không phát hiện được nguyên nhân, điều trị ban đầu không đáp ứng cho đến khi triệu chứng lâm sàng rõ rệt hơn và kết quả mô bệnh học cho phép đưa ra chẩn đoán xác định. Với những trường hợp đáp ứng kém với điều trị viêm tổ chức hốc mắt, triệu chứng tiến triển sang 2 mắt cần làm mô bệnh học sớm để xác định liệu có phải một dạng U lympho, ngoài ra cần làm cận lâm sàng tổng quát để phát hiện U lympho ở các vùng khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Padala SA, Barsouk A, Rawla P. Epidemiology of Non-Hodgkin's Lymphoma. Med Sci. 2021;9(1):5. doi:10.3390/medsci9010005
2. Non-Hodgkin Lymphoma (NHL): Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Published online August 3, 2021. Accessed May 3, 2023. [https://emedicine.medscape.com/article/203399-overview?icd=login\\_success\\_gg\\_match\\_norm#a2](https://emedicine.medscape.com/article/203399-overview?icd=login_success_gg_match_norm#a2)
3. Ocular Lymphoma: ACRONYMS, Overview, Epidemiology. Published online December 30, 2022. Accessed May 4, 2023.

<https://emedicine.medscape.com/article/1219134-overview#a3>

4. **Rama B, Lokaj AS, Agusholli E.** Orbital Adnexal Lymphoma Diagnostic Misalignment. *Open J Ophthalmol.* 2017;07(04):303-309. doi:10.4236/ojoph.2017.74039
5. **Fisher RI, Oken MM.** Clinical practice guidelines: non-Hodgkin's lymphomas. *Cleve Clin J Med.* 1995;62(Supplement\_1):S1-6-S1-42. doi:10.3949/ccjm.62.s1.6
6. **Hsu CR, Chen YY, Yao M, Wei YH, Hsieh YT, Liao SL.** Orbital and ocular adnexal lymphoma: a review of epidemiology and prognostic factors in Taiwan. *Eye.* 2021;35(7):1946-1953. doi:10.1038/s41433-020-01198-y
7. **Decaudin D, de Cremoux P, Vincent-Salomon A, Dendale R, Rouic LLL.** Ocular adnexal lymphoma: a review of clinicopathologic features and treatment options. *Blood.* 2006;108(5):1451-1460. doi:10.1182/blood-2006-02-005017
8. **Özkan MC, Palamar M, Tombuloğlu M, et al.** Ocular Adnexal Lymphomas: Single-Center Experience. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2015; 15:S158-S160. doi: 10.1016/j.clml.2015.02.015

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Ngọc Sơn<sup>1</sup>, Trần Chiến<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Sơn<sup>2</sup>,  
Hoàng Văn Dung<sup>2</sup>, Vũ Hồng Ai<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) ở người cao tuổi và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu 31 người bệnh gãy LMCXĐ được thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $84.03 \pm 5.88$  (74-99), nam/nữ là 1/2,44, 2 BN biến chứng gãy xương đùi. Đánh giá bằng thang điểm Harris sau 3 tháng là 9,7% rất tốt, 51,6% tốt, 29% trung bình, 9,7% kém. **Kết luận:** Thay khớp háng bán phần chuỗi dài là một lựa chọn tốt với những BN gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững >70 tuổi, loãng xương, nhiều bệnh nền phối hợp. **Từ khóa:** Gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững, thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng, bệnh nhân cao tuổi.

### SUMMARY

#### THE RESULT OF PRIMARY CEMENTLESS BIPOLAR HEMIARTHROPLASTY FOR INTERTROCHANTERIC FRACTURE IN THE ELDERLY PATIENTS IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the results of Primary cementless long stem bipolar hemiarthroplasty in the

treatment of Intertrochanteric fractures (IF) in the elderly, and analyze some factors affecting treatment results. **Material and methods:** A prospective cross-sectional descriptive study of 31 patients with Intertrochanteric fractures who received a cementless long stem bipolar hemiarthroplasty at Thai Nguyen general Hospital from July 2022 to July 2023. **Results:** The average age of  $84.03 \pm 5.88$  (74-99), ratio of male/female is 1/2,44.2 patients had surgical complications. Assessment on the Harris scale after 3 months was 9.7% very good, 51.6% good, 29% moderate, 9.7% poor. **Conclusions:** Primary cementless long stem bipolar hemiarthroplasty may be a good option for patients with unstable transtrochanteric fractures aged >70 years, osteoporosis, with comorbid comorbidities. **Keywords:** Unstable Intertrochanteric fracture, Primary cementless long stem bipolar hemiarthroplasty, elderly patient.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) ở người cao tuổi là một tổn thương nghiêm trọng, liên quan đến tình trạng loãng xương ở người cao tuổi và thường do các té ngã trong sinh hoạt, có tỉ lệ biến chứng và tử vong trong năm đầu sau chấn thương cao. Điều trị gãy LMCXĐ có đa dạng phương pháp kết hợp xương và thay khớp háng. Trong các trường hợp người bệnh cao tuổi, gãy LMCXĐ thường không vững, nhiều mảnh rời cùng chất lượng xương kém là những yếu tố khó khăn khi kết hợp xương, nắn chỉnh khó đạt hoàn hảo, cố định không vững chắc,... dẫn đến tỷ lệ giảm góc cổ - thân xương đùi, chập liên xương, khớp giả cao... Đồng thời sau phẫu thuật người bệnh cần bất động trong thời gian dài, dẫn đến những biến chứng nặng như

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sơn

Email: nguyenngocson0412@gamil.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023