

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC U LYMPHO TẾ BÀO B TẠI BỆNH VIỆN TRUYỀN MÁU HUYẾT HỌC

Tiêu Ngọc Kim Ngân*, Lê Phương Thảo*, Phan Đặng Anh Thư**

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phân loại của Tổ chức y tế thế giới về u hệ tạo máu và mô lympho cập nhật năm 2016 (WHO 2016) được chấp thuận rộng rãi trong chẩn đoán u lympho. Trong đó u lympho tế bào B là thể bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất. Đánh giá tình trạng tủy xương giúp phân chia giai đoạn bệnh. Hình thái mô học tủy xương có thể tương quan hoặc không tương quan với cơ quan ngoài tủy. Ngoài ra, u lympho còn gây ảnh hưởng đến 3 dòng tế bào máu ngoại biên gây thiếu máu, giảm tiểu cầu và giảm bạch cầu hạt. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ các phân nhóm u lympho, hình thái xâm nhập tủy, tương quan giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy, tương quan giữa tủy xương và máu ngoại biên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp u lympho tế bào B từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả và bàn luận:** DLBCL chiếm tỉ lệ cao nhất 31,5%. Tỉ lệ xâm nhập tủy xương là 64,8%. U lympho tế bào B độ ác thấp có tỉ lệ xâm nhập tủy xương cao hơn u lympho tế bào B độ ác cao (80% và 40%). Tỉ lệ xâm nhập tủy của BL và LPL/WM là cao nhất 100%, thấp nhất là DLBCL 25,6%. Hình thái xâm nhập lan tỏa thường gặp nhất (53%). 20% trường hợp hình thái mô học không tương hợp giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. Thiếu máu là đặc điểm thường gặp nhất ở các trường hợp ảnh hưởng huyết đồ với 72,7%. **Kết luận:** DLBCL chiếm tỉ lệ cao nhất trong các phân nhóm u lympho. Tỉ lệ xâm nhập tủy xương là 64,8%. Hình thái xâm nhập lan tỏa thường gặp nhất. Một số trường hợp hình thái mô học không tương hợp giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. Thiếu máu là đặc điểm thường gặp nhất ở các trường hợp ảnh hưởng huyết đồ.

Từ khóa: U lympho tế bào B, xâm nhập tủy xương, sinh thiết tủy xương.

SUMMARY

THE HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MATURE B CELL LYMPHOMA AT BLOOD TRANSFUSION HEMATOLOGY HOSPITAL

Introduction: WHO classification of tumors of hematopoietic and lymphoid tissues, updated in 2016 (WHO 2016) is widely accepted for the diagnosis of lymphoma. B-cell lymphoma is the most common form of the disease. Evaluation of bone marrow involvement helps in staging. Bone marrow histology concordance and discordance with extramedullary organs. In addition, lymphoma also affects peripheral blood causing anemia, thrombocytopenia, and

neutropenia. **Objective:** This study aimed to evaluate the incidence of B-cell lymphoma subtypes, the morphology of bone marrow involvement, the correlation histology between bone marrow and extramedullary organs, and the correlation between bone marrow and peripheral blood of B-cell lymphoma. **Subjects and Methods:** Cross-sectional description of B-cell lymphoma involvement in bone marrow from January 2019 to December 2020. **Results and discussion:** DLBCL accounts for the highest percentage of B-cell lymphoma subtypes. The incidence of bone marrow involvement was 64.8%. Bone marrow involvement was present in 80% of low-grade B-cell lymphomas, and 40% of high-grade variants. The highest incidence of bone marrow involvement was seen in LPL and BL (100%) and the lowest was found in DLBCL (25.6%). Diffuse pattern of infiltration was predominant (53%). 20% cases of discordance between bone marrow and extramedullary organs. Anemia is the most common feature in hematologically affected cases (72.7%). **Conclusion:** DLBCL accounts for the highest percentage of B-cell lymphoma subtypes. The frequency of bone marrow involvement in our B-cell lymphoma was found to be 64.8%. The pattern of infiltration was diffuse 53% predominantly. In some cases discordance between bone marrow and extramedullary organs. Anemia is the most common feature.

Keywords: B-cell lymphoma, bone marrow trephine biopsy, bone marrow involvement, Blood Transfusion Hematology Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lịch sử chẩn đoán và phân loại các phân nhóm u lympho trải qua một chặng đường dài như phân loại Rappaport (1956), phân loại Rye, phân loại của Lukes và Butler (1966), phân loại Kiel (1974), phân loại Working Formulation (1982), phân loại các phân nhóm u lympho Âu Mỹ đã chỉnh sửa (REAL), phân loại của Tổ chức y tế thế giới về u hệ tạo máu và mô lympho (WHO). Hiện tại phân loại của WHO 2016 đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới và bắt đầu được cập nhật và áp dụng ở Việt Nam trong những năm gần đây. WHO 2016 phân chia bệnh lý ác tính dòng lympho trưởng thành thành 3 nhóm lớn gồm u lympho tế bào B, u lympho tế bào T/NK và u lympho Hodgkin. Trong đó u lympho tế bào B là thể bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất. U lympho có thể xâm nhập đến nhiều cơ quan ngoài hạch, trong đó tủy xương là vị trí phổ biến nhất. Sinh thiết tủy xương được xem là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá u lympho xâm nhập tủy. Một số trường hợp hình thái mô học giữa

*Bệnh viện Truyền máu - Huyết học

**Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đặng Anh Thư

Email: phandanganhthu@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 28.9.2022

tủy xương và cơ quan ngoài tủy có thể không tương hợp. Ngoài ra u lympho còn gây ảnh hưởng đến các dòng tế bào máu ngoại biên gây giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu hạt hoặc thiếu máu ảnh hưởng nghiêm trọng đến chiến lược điều trị cũng như tiên lượng bệnh. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá tần suất xâm nhập tủy xương chung và của từng phân nhóm u lympho tế bào B, đồng thời khảo sát hình thái xâm nhập tế bào u cũng như đánh giá sự tương quan giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy cũng như tủy xương và máu ngoại biên tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học (BVTMHH).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu.

Phương pháp tiến hành

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Lựa chọn các trường hợp được chẩn đoán xác định và phân nhóm u lympho tế bào B trưởng thành tại hạch hoặc cơ quan ngoài hạch. Thu thập các đặc điểm tuổi, giới tính, huyết đồ theo hồ sơ bệnh án. Phân loại các phân nhóm u lympho tế bào B trưởng thành theo hướng dẫn NCCN và WHO 2016.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh đã được điều trị đặc hiệu trước khi làm xét nghiệm chẩn đoán hoặc u lympho tế bào B nguyên phát tại tủy xương.

Phân tích và xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel. Quản lý tài liệu tham khảo bằng phần mềm Endnote. Kết quả trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Kết quả xử lý thống kê: Trung bình, tỉ lệ. Số trung bình được tính cho biến định lượng. Tỉ lệ phần trăm (%) được tính cho biến định tính.

Định nghĩa biến số: Tuổi: được tính bằng (năm chẩn đoán – năm sinh). Người lớn: ≥ 16 tuổi. Trẻ em: < 16 tuổi.

Phân loại WHO 2016 gồm 31 phân nhóm u lympho tế bào B. Tại BVTMHH chúng tôi ghi nhận 8 phân nhóm thường gặp. Phân độ mô học chia thành thành 2 nhóm: (1) U lympho B tế bào nhỏ: U lympho tương bào lympho bào/ Bệnh đại phân tử globulin Waldenstrom (Lymphoplasmacytic lymphoma/ Waldenstrom’s Macroglobulinemia - LPL/WM); U lympho nang (Follicular lymphoma - FL), Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho /U lympho tế bào lympho nhỏ (Chronic lymphocytic leukemia/Small lymphocytic lymphoma - CLL/SLL), U lympho tế bào áo nang (Mantle cell lymphoma - MCL), U lympho vùng rìa (Marginal zone lymphoma - MZL); (2) U lympho B tế bào trung bình lớn: U lympho tế bào B lớn lan tỏa (Diffuse large B-cell lymphoma - DLBCL), U lympho tế bào B độ ác cao (High-grade B-cell

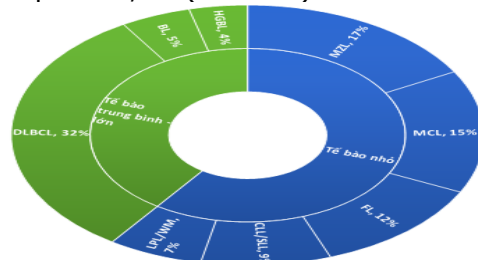
lymphoma - HGBL), U lympho Burkitt (Burkitt lymphoma - BL), U lympho tế bào áo nang biến thể tế bào non (Mantle cell lymphoma blastoid variant – MCL biến thể tế bào non).

Sinh thiết tủy xương được thực hiện thường quy trên tất cả các trường hợp u lympho để đánh giá giai đoạn bệnh. Xâm nhập tủy xương gồm 2 giá trị: có xâm nhập và không xâm nhập. Có xâm nhập khi có bằng chứng giải phẫu bệnh về sự hiện diện tế bào u trên mô tủy xương: hình thái mô học kết hợp hóa mô miễn dịch tùy thuộc vào từng phân nhóm u lympho. Hình thái xâm nhập: (1) Mô kẽ: tế bào u nằm xen kẽ giữa các tế bào tạo máu, cấu trúc tủy xương vẫn còn. (2) Nốt khu trú: tế bào u nằm khu trú dạng nốt, xen lẫn với các tế bào tạo máu, không nằm cạnh bè xương. (3) Cạnh bè xương: tế bào nằm ngay sát bè xương. (4) Lan tỏa: tủy xương mất cấu trúc bình thường, tế bào tạo máu và tế bào mỡ đều được thay thế bởi tế bào u. (5) Xoang: tế bào u nằm phân tán trong các xoang tủy và xoang mạch máu và đặc trưng cho một số phân nhóm u lympho, rất khó phát hiện nếu không có sự hỗ trợ của hóa mô miễn dịch. (6) Hỗn hợp: xuất hiện đồng thời ≥2 hình thái xâm nhập khác nhau.

Tương hợp và không tương hợp giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy: (1) Tương hợp: đặc điểm mô học giống nhau giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. (2) Không tương hợp: đặc điểm mô học khác nhau giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. Giảm các dòng tế bào máu ngoại biên: Thiếu máu: Hb < 12,0 g/dl; Giảm tiểu cầu: PLT < 150 k/ul; Giảm bạch cầu hạt: Neu < 1,5 k/ul.

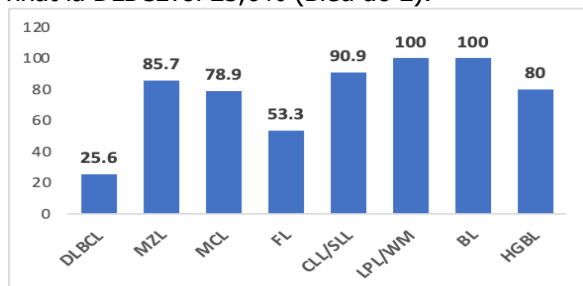
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm u lympho tế bào B xâm nhập tủy xương: Trong thời gian 24 tháng (từ 01/2019 đến 12/2020) chúng tôi đã thu thập được 124 trường hợp u lympho tế bào B. Gồm 122 trường hợp ở người lớn và 2 trường hợp ở trẻ em. Tỉ lệ nam/ nữ = 1,5. Ghi nhận 40,3% (50/124) trường hợp u lympho B tế bào trung bình - lớn và 59,7% (74/124) trường hợp u lympho B tế bào nhỏ. Trong đó DLBCL chiếm tỉ lệ cao nhất 31,5%. HGBL chiếm tỉ lệ thấp nhất 4,0% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Tỉ lệ phân nhóm u lympho tế bào B

Có 79/124 trường hợp u lympho tế bào B xâm nhập tủy xương chiếm tỉ lệ 64,8%. U lympho tế bào B độ ác thấp có tỉ lệ xâm nhập tủy xương cao hơn u lympho tế bào B độ ác cao (80% và 40%). Tỉ lệ xâm nhập tủy xương của BL và LPL/WM cao nhất 100%, hàng thứ 2 là CLL/SLL 90,9%. Thấp nhất là DLBCL với 25,6% (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2 Tỉ lệ xâm nhập tủy xương từng phân nhóm u lympho tế bào B

Hình thái xâm nhập lan tỏa thường gặp nhất (53%). Phổ biến hàng thứ hai là dạng hỗn hợp (31%). Dạng cạnh bè xương, dạng mô kẽ và dạng nốt chiếm tỉ lệ thấp (theo thứ tự 7%, 6% và 1%). Không ghi nhận hình ảnh xâm nhập dạng xoang.

Tương quan giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. Chúng tôi tiến hành so sánh tương quan giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy trên 41 trường hợp, ghi nhận 4,9% (2/41) không tương hợp giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy, phân nhóm DLBCL.

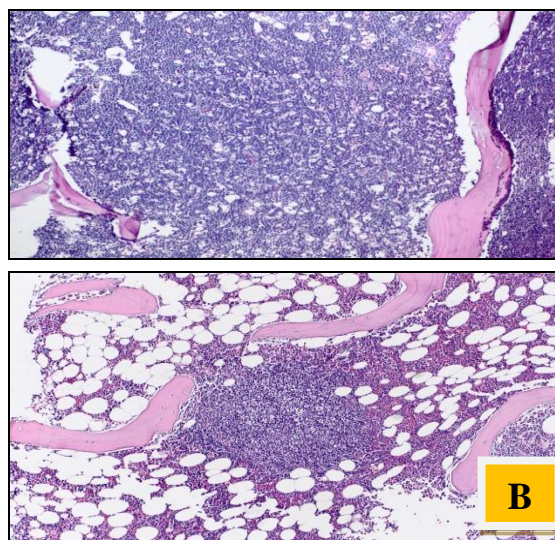
Trong 10 trường hợp DLBCL xâm nhập tủy xương, ghi nhận 10% (1/10) trường hợp tế bào u xâm nhập tủy xương dạng tế bào nhỏ, hình thái mô học cơ quan ngoài tủy (hạch lympho) dạng tế bào lớn. Và 10% (1/10) trường hợp ngược lại với hình thái tế bào lớn ở tủy xương, hình thái tế bào nhỏ ở cơ quan ngoài tủy (hạch lympho).

Bảng 1 Giảm các dòng tế bào máu ngoại biên giữa nhóm u lympho tế bào B xâm nhập tủy xương và nhóm không xâm nhập tủy xương

	Xâm nhập tủy xương	Không xâm nhập tủy xương	p
Giảm các dòng máu ngoại biên	43 (54,4%)	8 (17,7%)	p = 0,000
Không giảm	36 (45,6%)	37 (82,3%)	
Thiếu máu	56 (72,7%)	24 (51,1%)	p = 0,016
Không thiếu máu	21 (27,3%)	23 (48,9%)	
Giảm tiểu cầu	20 (25,3%)	3 (6,6%)	p = 0,001
Không giảm	59 (74,7%)	42 (93,4%)	
Giảm bạch cầu hạt	11 (13,9%)	3 (6,6%)	p = 0,041
Không giảm	68 (86,1%)	42 (93,4%)	

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm u lympho tế bào B xâm nhập tủy xương: Trong thời gian 24 tháng (từ 01/2019 đến 12/2020) chúng tôi đã thu thập được 124 trường hợp u lympho tế bào B. Tỉ lệ



Hình 1: (A) Tế bào BL xâm nhập tủy xương dạng lan tỏa (Mã số 0522/2020, H&E x100). (B) Tế bào MZL xâm nhập xương tủy dạng nốt (Mã số 0438/2020, H&E x100).

Tương quan tủy xương và máu ngoại biên. Trên 124 trường hợp u lympho tế bào B, chúng tôi ghi nhận 79 trường hợp xâm nhập tủy và 45 trường hợp không xâm nhập tủy. Các trường hợp lymphôm xâm nhập tủy xương: 54,4% trường hợp gây bất thường và 45,6% trường hợp không gây bất thường 3 dòng tế bào máu ngoại biên. Tỉ lệ giảm một hoặc nhiều dòng tế bào máu ngoại biên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm xâm nhập tủy xương và nhóm không xâm nhập tủy xương (p = 0,000). Tỉ lệ thiếu máu, giảm tiểu cầu và giảm bạch cầu hạt có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm xâm nhập tủy xương và nhóm không xâm nhập tủy xương (Bảng 1).

các phân nhóm trong nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu khác trên thế giới được thống kê theo Bảng 2.

Bảng 2: So sánh tỉ lệ các phân nhóm u lympho tế bào B với các nghiên cứu trong

nước và thể giới

CHẨN ĐOÁN	Chúng tôi (%) (n=124)	Bassig và cs (n=5443) ⁽¹⁾	Morton và cs (%) (n=4539) ⁽²⁾
HGBL	4	0	0
BL	5	4	2
LPL/WM	7	2	1
CLL/SLL	9	9	9
FL	12	13	11
MCL	15	4	2
MZL	17	13	8
DLBCL	32	56	41

DLBCL là phân nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (32%). Đặc điểm này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác, tỉ lệ DLBCL khoảng 41% đến 56% ^{(1), (2)}.

MZL là phân nhóm u lympho tế bào B thường gặp hàng thứ 2, đứng sau DLBCL, và là phân nhóm u lympho B độ ác thấp thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (17%). Tỉ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khoảng 8% đến 13% ^{(1), (2)}.

CLL/SLL thường được chẩn đoán bằng sự kết hợp lâm sàng, hình thái tế bào trên lam tủy hút và đếm tế bào dòng chảy xác định kiểu hình miễn dịch. Do đó hầu hết các trường hợp CLL/SLL đều không thực hiện sinh thiết tủy xương. Sinh thiết tủy xương được chỉ định trong các trường hợp CLL/SLL không điển hình (không điển hình về hình thái tế bào trên lam tủy hút hoặc kiểu hình miễn dịch trên đếm tế bào dòng chảy hoặc thậm chí cả hai). Nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá trên các trường hợp u lympho có tiến hành sinh thiết tủy xương, do đó tỉ lệ CLL/SLL có thể thấp hơn tỉ lệ thực tế.

HGBL do là thể bệnh mới được cập nhật ở WHO 2016 nên chưa được ghi nhận ở các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 4% HGBL.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ xâm nhập tủy là 64,8%. Tỉ lệ xâm nhập tủy thay đổi tùy thuộc vào từng nghiên cứu, dao động từ 40% đến 52,3% ^{(3), (4)}. BVTMHH là bệnh viện chuyên khoa sâu về bệnh lý huyết học nên các trường hợp u lympho có ảnh hưởng máu ngoại biên thường được chuyển đến đây nên có thể là nguyên nhân khiến tỉ lệ xâm nhập tủy xương cao hơn so với nghiên cứu khác. U lympho tế bào B độ ác thấp có tỉ lệ xâm nhập tủy xương cao hơn u lympho tế bào B độ ác cao (80% so với 40%).

Theo nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Hassan u lympho tế bào B xâm nhập tủy xương dạng lan tỏa chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt 53,0% và 77,5% ⁽⁵⁾. Dạng hỗn hợp chiếm 31,3% trong nghiên cứu của chúng tôi và chiếm 46,4% theo

tác giả Arber, kiểu xâm hỗn hợp thường gặp nhất, chiếm 46,4%. Xâm nhập dạng xoang hầu như không ghi nhận trong các nghiên cứu.

Tương quan giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. Tỉ lệ hình thái mô học không tương hợp giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy trong phân nhóm DLBCL theo tác giả Yao, Arber và chúng tôi lần lượt là 34,2%; 23% và 20% ⁽⁶⁾. Trong thực hành lâm sàng hiện nay, u lympho xâm nhập tủy xương (hình thái tương hợp hay không tương hợp) đều được xếp vào giai đoạn tiến triển. Không có sự khác biệt trong điều trị giữa 2 nhóm, đều được sử dụng phác đồ R-CHOP ⁽⁷⁾. Một số nghiên cứu cho thấy, những trường hợp không tương hợp thường có tiên lượng tốt hơn, tần suất xâm nhập thần kinh trung ương thấp hơn so với nhóm tương hợp ^{(7), (8)}. Nghiên cứu cũng cho thấy các trường hợp không tương hợp thường liên quan đến tuổi già, tăng lactate dehydrogenase, tăng số vị trí ngoài hạch liên quan ⁽⁸⁾.

Tương quan giữa tủy xương và máu ngoại biên. Nghiên cứu của tác giả Conlan và nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy thiếu máu là đặc điểm thường gặp nhất ở các trường hợp ảnh hưởng huyết đồ (42% và 72,7%). Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỉ lệ giảm tiểu cầu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm xâm nhập tủy xương và nhóm không xâm nhập tủy xương ($p = 0,016$). Thiếu máu là yếu tố tiên lượng độc lập với ý nghĩa dự hậu xấu và tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân u lympho. Nhiều nguyên nhân gây thiếu máu ở bệnh nhân u lympho như thiếu máu do bệnh lý mạn tính, thiếu máu thiếu sắt, thiếu máu do dinh dưỡng (thiếu folate và Vitamin B12), tế bào u xâm nhập tủy hoặc do xuất huyết (liên quan đến tình trạng giảm tiểu cầu kèm theo).

Giảm tiểu cầu là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân ung thư. Giảm tiểu cầu làm tăng nguy cơ xuất huyết và làm tăng chi phí điều trị khi phải truyền tiểu cầu hỗ trợ và tăng nguy cơ tai biến khi truyền chế phẩm máu. Những trường hợp giảm tiểu cầu kéo dài có thể làm gián đoạn đến phác đồ hóa trị liệu. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỉ lệ giảm tiểu cầu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm xâm nhập tủy xương và nhóm không xâm nhập tủy xương ($p = 0,001$).

Giảm bạch cầu hạt làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ở bệnh nhân u lympho. Bệnh nhân sốt giảm bạch cầu hạt làm tăng tỉ lệ nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng. Tỉ lệ giảm bạch cầu hạt có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm xâm nhập tủy xương và nhóm không xâm

nhập tủy xương ($p = 0,041$).

V. KẾT LUẬN

DLBCL chiếm tỉ lệ cao nhất trong các phân nhóm u lympho. Tỉ lệ xâm nhập tủy xương là 64,8%. U lympho tế bào B độ ác thấp có tỉ lệ xâm nhập tủy xương cao hơn u lympho tế bào B độ ác cao. Tỉ lệ xâm nhập tủy của BL và LPL/WM là cao nhất. Hình thái xâm nhập lan tỏa thường gặp nhất. Một số trường hợp hình thái mô học không tương hợp giữa tủy xương và cơ quan ngoài tủy. Thiếu máu là đặc điểm thường gặp nhất ở các trường hợp ảnh hưởng huyết đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bassig B. A., Au W.-Y., Mang O. et al. (2016), "Subtype-specific incidence rates of lymphoid malignancies in Hong Kong compared to the United States, 2001-2010", *Cancer epidemiology*. 42 (1), pp. 15-23.
2. Morton L. M., Wang S. S., Devesa S. S. et al. (2006), "Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001", *Blood*. 107 (1), pp. 265-276.
3. Lambertenghi-Delilieri G., Annaloro C., Soligo D. et al. (1992), "Incidence and histological features of bone marrow involvement in malignant lymphomas", *Annals of hematology*. 65 (2), pp. 61-65.
4. Kumar S., Rau A. R., Naik R. et al. (2009), "Bone marrow biopsy in non-Hodgkin lymphoma: a morphological study", *Indian Journal of pathology and microbiology*. 52 (3), pp. 332.
5. Hassan K., Ikram N., Bukhari K. P. et al. (1995), "The Pattern of Bone Marrow Infiltration in Non-Hodgkin's Lymphomas", .
6. Arber D. A., George T. I. (2005), "Bone marrow biopsy involvement by non-Hodgkin's lymphoma: frequency of lymphoma types, patterns, blood involvement, and discordance with other sites in 450 specimens", *The American journal of surgical pathology*. 29 (12), pp. 1549-1557.
7. Yao Z., Deng L., Xu-Monette Z. Y. et al. (2018), "Concordant bone marrow involvement of diffuse large B-cell lymphoma represents a distinct clinical and biological entity in the era of immunotherapy", *Leukemia*. 32 (2), pp. 353-363.
8. L.H S., D.W S., M C. et al. (2011), "Impact of concordant and discordant bone marrow involvement on outcome in diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP", *J clin oncol*. 29 (11), pp. 1452-1457.

KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG SUY THẬN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Lê Thị Huế¹, Lê Thị Phượng²

TÓM TẮT

Điều trị hội chứng thận hư nguyên phát ở người trưởng thành khá phức tạp và thường gặp nhiều biến chứng. Suy thận là một trong những biến chứng thường gặp nếu không tuân thủ điều trị hợp lý và đáp ứng bệnh kém. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát tỷ lệ biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành và phân tích một số yếu tố liên quan biến chứng suy thận ở đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại trung tâm thận- tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022, trên bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người trưởng thành. Với thiết kế nghiên cứu cắt ngang, cách chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi đã tiến hành thu thập và phân tích số liệu và kết quả cho thấy: Trong số 122 bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát có 24,6% bệnh nhân có suy thận cấp, 12,3% bệnh nhân có suy thận mạn và 63,1% bệnh nhân không suy thận. Khi phân tích một số yếu tố liên

quan đến biến chứng suy thận, kết quả cho thấy tỷ lệ suy thận thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh ≥ 2 tháng, đã điều trị đặc hiệu bằng corticoid, cyclosporin. Trong 41 bệnh nhân đã có kết quả giải phẫu bệnh, tỷ lệ suy thận ở nhóm bệnh nhân viêm cầu thận màng là 2/2, xơ cầu thận ổ cục bộ (FSGS- Focal segmental glomerulosclerosis) là 2/8 và bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu (MCD- minimal change disease) là 5/21. Như vậy vấn đề điều trị đặc hiệu, đặc điểm giải phẫu bệnh, và thời gian phát hiện bệnh ảnh hưởng nhiều đến biến chứng suy thận ở bệnh nhân hội chứng thận hư người trưởng thành.

Từ khóa: Hội chứng thận hư, suy thận, MMF (mycophenolate mofetil), FSGS, Cyclosporin, thể giải phẫu bệnh.

SUMMARY

SURVEY OF RENAL FAILURE COMPLICATION AT ADULT PRIMARY NEPHROTIC SYNDROME

Treatment of adult primary nephrotic syndrome is complex and often has many complications. Renal failure is one of the common complications if proper treatment is not followed and the disease response is poor. We carried out this study to investigate the rate of renal failure complications in adult primary nephrotic syndrome and analyze some factors related to renal failure complications in the study subjects.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Thận – Tiết niệu bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Huế

Email: huelt1@hongngochospital.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022