

- adenocarcinoma, B-cell MALT lymphoma and large cell neuroendocrine carcinoma. *Gastroenterol Hepatol.* 2017;40(10):675-7.
8. **Kaffes A, Hughes L, Hollinshead J, Katelaris P.** Synchronous primary adenocarcinoma, mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma and a stromal tumor in a *Helicobacter pylori*-infected stomach. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002;17(9):1033-6.
  9. **Lipi L, Sachdev R, Gautam D, Singh J, Mohapatra I.** Triple composite tumor of stomach: a rare combination of alpha fetoprotein positive hepatoid adenocarcinoma, tubular adenocarcinoma and large cell neuroendocrine carcinoma. *Indian J Pathol Microbiol.* 2014;57(1): 98-100.
  10. **Okamoto T, Ogasahara K, Fujiki M, Takagi H, Ikeda H, Makino T, et al.** Primary coexistent neuroendocrine carcinoma, hepatoid adenocarcinoma, and tubular adenocarcinoma of the stomach with focal trophoblastic differentiation in metastatic lymph nodes. *J Gastroenterol.* 2003;38(6):608-10.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO ÁO NANG TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Huyền Nga<sup>1</sup>, Đỗ Thị Kim Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin tế bào áo nang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 73 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào áo nang điều trị phác đồ RDHAP/RCHOP hoặc RB/RBAC tại khoa Nội Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-05/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 60; Tỷ lệ nam/nữ là ~2,17; ECOG 0 chiếm 87,7%. Hội chứng B gặp ở 27,4% bệnh nhân; Bệnh nhân vào viện vì nổi hạch chiếm 64,4%; Kích thước tổn thương trung vị là 4,0 cm. Tổn thương bulky chiếm 17,8%; Vị trí tổn thương tại hạch hay gặp nhất là hạch ổ bụng (84,9%) và hạch đầu cổ (72,6%); Có 48 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch chiếm 65,8% trong đó tỉ lệ gặp tổn thương ở đại tràng cao nhất chiếm 27,4% và dạ dày chiếm 24,7%; tỉ lệ phân nhóm nguy cơ MIPI thấp hoặc trung bình chiếm 32%; nguy cơ cao chiếm 36%; bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn 3 hoặc 4 chiếm 86%. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng đặc trưng của u lympho không Hodgkin tế bào áo nang hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán sớm và lựa chọn điều trị kịp thời và phù hợp cho các bệnh nhân này. **Từ khóa:** U lympho không Hodgkin tế bào áo nang.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF MANTLE CELL LYMPHOMA AT K HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of Mantle cell lymphoma. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive prospective study was conducted on 73 patients with mantle cell lymphoma treated with RDHAP/RCHOP or RB/RBAC regimens at the Hematologic Oncology

Department, K Hospital from May 2019 to May 2024. **Results:** The average age was 60; The male/female ratio was ~2.17; PS 0 accounted for 87.7%. Syndrome B occurred in 27.4% of patients; Patients admitted to the hospital due to lymphadenopathy accounted for 64.4%; The median lesion size was 4.0 cm. Bulky lesions accounted for 17.8%; The most common lymph node lesions were abdominal lymph nodes (84.9%) and head and neck lymph nodes (72.6%); There were 48 patients with extranodal lesions accounting for 65.8%, of which the highest rate of lesions in the colon was 27.4% and the stomach was 24.7%; the rate of low or intermediate MIPI risk group was 32%; high risk was 36%; patients were mainly in stage 3 or 4 accounting for 86%. **Conclusion:** The characteristic clinical features of mantle cell lymphoma support doctors in the process of early diagnosis and timely and appropriate treatment selection for these patients.

**Keywords:** Mantle cell non-Hodgkin lymphoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào áo nang (MCL-Mantle cell lymphoma) là một loại u lympho không Hodgkin tế bào B trưởng thành với diễn biến lâm sàng đa dạng. MCL có thể biểu hiện ở các hạch bạch huyết và các vị trí ngoài hạch, như đường tiêu hóa, máu và tủy xương. MCL chiếm 3 đến 7% số ca u lympho không Hodgkin ở Hoa Kỳ và Châu Âu, với tỷ lệ mắc ước tính là 4 đến 8 trường hợp trên một triệu người mỗi năm. Tỷ lệ mắc bệnh tăng theo độ tuổi và dường như đang gia tăng ở Mỹ. Độ tuổi trung bình khi chẩn đoán là 68 tuổi. Khoảng 3/4 số bệnh nhân mắc MCL là nam giới. Hầu hết bệnh nhân mắc MCL đều ở giai đoạn bệnh tiến triển<sup>1</sup>.

Biểu hiện lâm sàng khác nhau giữa hai phân nhóm chính của MCL: MCL tại hạch và bệnh bạch cầu MCL, không có biểu hiện tại hạch. Hầu hết các trường hợp MCL đều có biểu hiện ở nhiều vị trí liên quan đến hạch bạch huyết, có hoặc

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: ncs29dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

không có sự tham gia của hạch ngoại vi và có tốc độ tiến triển bệnh nhanh. Tuy nhiên, 20% số bệnh nhân có biểu hiện bệnh tiến triển chậm và có thể không cần điều trị ngay lập tức. Như vậy, 80% bệnh nhân mắc MCL có triệu chứng cần điều trị. Đối với những bệnh nhân mắc MCL được điều trị toàn thân, chúng tôi điều trị bằng phác đồ bao gồm rituximab kết hợp với hóa chất, thay vì chỉ dùng hóa trị liệu đơn thuần, do các nghiên cứu cho thấy khả năng sống sót được cải thiện và ít độc tính. Một phân tích tổng hợp của bảy nghiên cứu (bao gồm 1943 bệnh nhân mắc MCL hoặc u lympho tiến triển chậm) đã công bố so với chỉ dùng hóa trị liệu đơn thuần phương pháp điều trị kết hợp thêm rituximab giúp tăng tỉ lệ sống thêm toàn bộ, tỷ lệ đáp ứng và khả năng kiểm soát bệnh<sup>7</sup>. Điều trị MCL dựa theo triệu chứng lâm sàng và đặc điểm bệnh học. Điều trị MCL hiện nay bao gồm các thuốc và phác đồ mới đang dần thay thế và trở thành chăm sóc cơ bản<sup>5,4</sup>.

Hiện nay tại Bệnh viện K trong điều trị MCL chúng tôi sử dụng phác đồ RCHOP/RDHAP với các bệnh nhân trẻ tuổi khỏe mạnh và phác đồ RB/RBAC với các bệnh nhân già yếu. Việc xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh rất quan trọng trong chẩn đoán cũng như xác định phương thức điều trị phù hợp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u lympho không Hodgkin tế bào áo nang mới chẩn đoán được điều trị bằng phác đồ RB/RBAC tại bệnh viện K thỏa mãn tiêu chuẩn sau:

- Có chẩn đoán xác định là MCL có CD20+ theo phân loại của WHO 2016.
- Tình trạng toàn thân, chỉ số toàn trạng ECOG 0-2.
- Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, chức năng tim mạch đủ tiêu chuẩn điều trị hóa chất.
- Chưa điều trị hóa xạ trị trước đó.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính và mạn tính trầm trọng (suy gan, suy thận nặng...) có nguy cơ gây tử vong gần.
- Bệnh biểu hiện ở thần kinh trung ương trước điều trị.
- Bệnh nhân nhiễm HIV, HBV, HCV và đang trong tình trạng hoạt động mạnh của virus.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin thể áo nang được điều trị

phác đồ RBAC/RB hoặc RDHAP/RCHOP từ tháng 05/2019 đến tháng 05/2024 tại Khoa Nội Hệ tạo Huyết – Bệnh viện K3 cơ sở Tân Triều.

Thông tin cần thu thập: Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI, PS, kích thước u, vị trí tổn thương,...).

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Các thông tin được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp, không gây tác hại cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không tăng thêm chi phí cho bệnh nhân. Các phác đồ điều trị được lựa chọn theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, NCCN.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm	n (%)
<b>Tuổi</b>	≤ 40	1 (1,4)
	41 - 60	36 (49,3)
	61 - 75	34 (46,6)
	>75	2 (2,7)
	Trung vị (min-max) năm	60 (39-85)
<b>Giới</b>	Nam/nữ (%)	68,5/31,5
	0	64 (87,7)
	1	9 (12,3)
<b>PS</b>	2	0
	Có	20 (27,4)
	Không	53 (72,6)
<b>Hội chứng B</b>	Trung vị (tối thiểu-tối đa) %	30 (10-90)
	≤30%	40 (54,8)
		33 (45,2)

**Nhận xét:** Tuổi trung vị của bệnh nhân là 60 tuổi (nhỏ nhất 39 tuổi lớn nhất 85 tuổi); độ tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 41-75 tuổi chiếm 95,9%. Tỉ lệ nam/nữ là 2,17; bệnh nhân chủ yếu có PS=0 chiếm 87,7%; Tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng B chiếm 27,4%.

**Bảng 3.2. Lý do vào viện**

Lý do vào viện	n (%)
Nổi hạch	47 (64,4)
Khám định kì	1 (1,4)
Đau bụng	10 (13,7)
Xuất huyết tiêu hóa	3 (4,1)
Bí tiểu	1 (1,4)
Đau lưng	2 (2,7)
Rối loạn tiêu hóa	1 (1,4)
Nổi hạch	1 (1,4)
Nuốt vướng	6 (8,3)
Nổi u hốc mắt	1 (1,4)

**Nhận xét:** Bệnh nhân nhập viện chủ yếu do

phát hiện nổi hạch chiếm 64,4%; tỉ lệ bệnh nhân nhập viện do đau bụng chiếm 13,7%; do nuốt vướng chiếm 8,3%; do xuất huyết tiêu hóa chiếm 4,1%; do khám định kì phát hiện bệnh hoặc rối loạn tiêu hóa hoặc nói ngọng hoặc nổi u hốc mắt chiếm 1,4%.

**Bảng 3.3. Đặc điểm tổn thương**

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Số lượng tổn thương	1 tổn thương	0	0
	Nhiều tổn thương	73	100
Kích thước tổn thương	Trung vị (min-max) cm	4,0 (1-20)	
	Bulky > 7 cm	13	17,8
Vị trí tổn thương kích thước lớn nhất	Hạch cổ	13	17,8
	Hạch nách	6	8,2
	Hạch trung thất	5	6,8
	Hạch ổ bụng	23	31,5
	Hạch bẹn	10	13,7
	Lách	10	13,7
	Ngoài hạch	6	8,2

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân đều có nhiều tổn thương; kích thước tổn thương trung vị 4,0 cm; tỉ lệ u Bulky chiếm 17,8%; vị trí tổn thương lớn nhất thường gặp là hạch ổ bụng chiếm 31,5%.

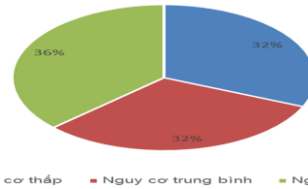
**Bảng 3.4. Tỉ lệ hạch theo nhóm và vị trí ngoài hạch**

Vị trí biểu hiện	Số BN	Tỉ lệ %
Hạch ngoại vi	63	86,3
Cổ	53	72,6
Nách	44	60,3
Bẹn	41	56,2
Hạch trên cắt lớp vị tính vùng trung thất và ổ bụng	64	87,7
Trung thất	44	60,3
Ổ bụng	62	84,9
Bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch	48	65,8
Lách	13	17,8
Dạ dày	18	24,7
Đại tràng	20	27,4
Trực tràng	6	8,2
Ruột non	1	1,4
Vòng Waldeyer	14	19,2
Tủy xương	5	6,8
Hốc mắt	2	2,7
Tuyến tiền liệt	1	1,4
Thanh quản	1	1,4
Xương	2	2,7

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh nhân có hạch ngoại vi chiếm 86,3% trong đó hạch cổ 72,6%; hạch nách 60,3%; hạch bẹn 56,2%; tỉ lệ bệnh nhân có hạch ổ bụng 84,9%; hạch trung thất 60,3%. Tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch chiếm 65,8% trong đó tổn thương lách 17,8%; tổn

thương đường tiêu hóa dạ dày 24,7%; đại tràng 27,4%; trực tràng 8,2%; ruột non 1,4%; tỉ lệ tổn thương vòng Waldeyer 19,2%; tủy xương 6,8%; hốc mắt 2,7%; xương 2,7%; tiền liệt tuyến hoặc thanh quản chiếm 1,4%.

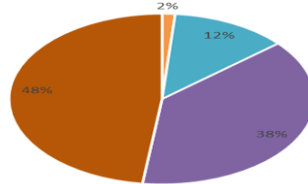
Phân nhóm nguy cơ theo MIPI



**Biểu đồ 1: Phân nhóm nguy cơ theo MIPI**

**Nhận xét:** Tỉ lệ phân nhóm nguy cơ thấp chiếm 32%; nguy cơ trung bình 32% và nguy cơ cao chiếm 36%.

Giai đoạn bệnh



■ Giai đoạn 1 ■ Giai đoạn 2 ■ Giai đoạn 3 ■ Giai đoạn 4

**Biểu đồ 2: Giai đoạn bệnh**

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn trong đó giai đoạn 4 chiếm 48%; giai đoạn 3 chiếm 38%; giai đoạn 2 chỉ chiếm 12% và chỉ có 1 bệnh nhân giai đoạn I (tuy nhiên bệnh nhân này cũng có nhiều hạch cổ cùng bẹn).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị của bệnh nhân là 60 tuổi (nhỏ nhất 39 tuổi lớn nhất 85 tuổi); độ tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 41-75 tuổi chiếm 95,9%. Tỉ lệ nam/nữ là 2,17; bệnh nhân chủ yếu có PS=0 chiếm 87,7%; Tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng B chiếm 27,4%, tỉ lệ Ki67 trung vị 30%, Ki67 ≤30 chiếm 54,8%, Ki67 >30 chiếm 45,2%, kết quả này của chúng tôi tương tự với các dữ liệu trên thế giới. Theo tác giả Carlo Visco trong nghiên cứu MCL ở người lớn tuổi không có khả năng ghép tế bào gốc điều trị bằng phác đồ RBAC với độ tuổi trung bình là 72 tuổi, tỉ lệ nam/nữ 1,5; tỉ lệ bệnh nhân PS từ 0-1 chiếm 60%, Ki67 trung vị là 20%.<sup>2,3</sup> Tác giả Olivier Hermine (2023) nghiên cứu trên 497 bệnh nhân MCL điều trị phác đồ có cytarabine liều cao tiến tới ghép tế bào gốc tự thân cho kết quả độ tuổi trung bình 55 tuổi, tỉ lệ nam/nữ 3,76; tỉ lệ hội chứng B 31%; PS của bệnh nhân từ 0-1 chiếm 96%; tỉ lệ Ki67 trung vị là 20%.<sup>6</sup> Các yếu

tổ chung về tuổi thể trạng của bệnh nhân góp phần quan trọng trong quá trình lựa chọn phác đồ điều trị và hướng tới ghép tế bào gốc, trong thực tế lâm sàng với các bệnh nhân trẻ tuổi khỏe mạnh dưới 65 tuổi chúng tôi có xu hướng lựa chọn điều trị phác đồ RDHAP/RCHOP và tiến tới ghép tế bào gốc tự thân. Mặt khác, với các bệnh nhân trên 65 tuổi chúng tôi lựa chọn điều trị phác đồ RB/RBAC và sau đó duy trì rituximab.

**4.2. Lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nhập viện chủ yếu do phát hiện nổi hạch chiếm 64,4%; tỉ lệ bệnh nhân nhập viện do đau bụng chiếm 13,7%; do nuốt vướng chiếm 8,3%; do xuất huyết tiêu hóa chiếm 4,1%; do khám định kì phát hiện bệnh hoặc rối loạn tiêu hóa hoặc nói ngọng hoặc nổi u hốc mắt chiếm 1,4%. Tất cả các bệnh nhân đều có nhiều tổn thương; kích thước tổn thương trung vị 4,0 cm; tỉ lệ u Bulky chiếm 17,8%; vị trí tổn thương lớn nhất thường gặp là hạch ổ bụng chiếm 31,5%. Tỉ lệ bệnh nhân có hạch ngoại vi chiếm 86,3% trong đó hạch cổ 72,6%; hạch nách 60,3%; hạch bẹn 56,2%; tỉ lệ bệnh nhân có hạch ổ bụng 84,9%; hạch trung thất 60,3%. Tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch chiếm 65,8% trong đó tổn thương lách 17,8%; tổn thương đường tiêu hóa dạ dày 24,7%; đại tràng 27,4%; trực tràng 8,2%; ruột non 1,4%; tỉ lệ tổn thương vòng Waldeyer 19,2%; tủy xương 6,8%; hốc mắt 2,7%; xương 2,7%; tiền liệt tuyến hoặc thanh quản chiếm 1,4%.

Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy hay gặp tổn thương ở hạch, tổn thương thường gặp ở bệnh nhân MCL là một khối kích thước lớn, phát triển nhanh, nhất là hạch vùng cổ hoặc bụng, nhưng cũng có thể gặp ở bất kỳ nơi nào trong cơ thể. U lympho tế bào áo nang còn đặc trưng bởi tỉ lệ biểu hiện ở đường tiêu hóa khá cao và tất cả các bệnh nhân cần được chỉ định nội soi dạ dày và đại tràng khi đánh giá giai đoạn để tránh bỏ sót tổn thương và dự phòng nguy cơ xuất huyết cũng như thủng tạng rỗng.

**4.3. Chỉ số tiên lượng MIPI.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ phân nhóm nguy cơ thấp chiếm 32%; nguy cơ trung bình 32% và nguy cơ cao chiếm 36%. Theo tác giả Carlo Visco tỉ lệ nguy cơ thấp chiếm 28%; nguy cơ trung bình chiếm 25%; nguy cơ cao chiếm 47%.<sup>2,3</sup> Tác giả Olivier Hermine (2023) nghiên cứu trên 497 bệnh nhân MCL cho tỉ lệ bệnh nhân nguy cơ thấp chiếm 65%; trung bình chiếm 22% và nguy cơ cao chiếm 13%.<sup>6</sup> Việc đánh giá nguy cơ dựa theo thang điểm MIPI giúp chúng ta phân loại

bệnh nhân cũng như tiên lượng sống thêm dựa theo mức chỉ số: nguy cơ thấp tỉ lệ OS 5 năm đạt 60%; nguy cơ trung bình thời gian sống thêm trung vị đạt 58 tháng; nguy cơ cao thời gian sống thêm trung vị đạt 37 tháng.

**4.4. Giai đoạn bệnh.** Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân đến viện ở giai đoạn tiến xa trong đó giai đoạn 4 chiếm 48%; giai đoạn 3 chiếm 38%; giai đoạn 2 chỉ chiếm 12% và chỉ có 1 bệnh nhân giai đoạn 1 tuy nhiên bệnh nhân này cũng có rất nhiều hạch cổ cùng bên. Tác giả Olivier Hermine (2023) nghiên cứu trên 497 bệnh nhân MCL cho kết quả giai đoạn 2 chiếm 4%; giai đoạn 3 chiếm 13%; giai đoạn 4 chiếm 82%.<sup>6</sup> Tác giả Carlo Visco cho kết quả tỉ lệ giai đoạn 1 hoặc 2 chiếm 7%; giai đoạn 3 hoặc 4 chiếm 93%.<sup>2,3</sup> Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ giai đoạn tương tự với các tác giả trên thế giới có thể do bệnh nhân đến viện muộn.

## V. KẾT LUẬN

U lympho không Hodgkin tế bào áo nang là một thể bệnh hiếm gặp trong u lympho với nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình mắc bệnh 60 tuổi, tỉ lệ nam/nữ ~ 2,17; triệu chứng lâm sàng đặc trưng là nổi hạch, vị trí hạch ổ bụng chiếm 84,9%; hạch cổ chiếm 72,6%; giai đoạn bệnh chủ yếu ở giai đoạn 3 hoặc 4 chiếm 86%. Các kết quả này sẽ hỗ trợ các bác sĩ trong chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm tăng thời gian sống thêm cho các bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào áo nang.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnold S Freedman.** Mantle cell lymphoma: Epidemiology, pathobiology, clinical manifestations, diagnosis, and prognosis. Uptodate. 2024:1-25.
2. **Carlo Visco, Silvia Finotto, Renato Zambello et al.** Combination of Rituximab, Bendamustine, and Cytarabine for Patients With Mantle-Cell Non-Hodgkin Lymphoma Ineligible for Intensive Regimens or Autologous Transplantation. Journal of clinical oncology. 2013:1442-1449.
3. **Carlo Visco.** Long-term follow-up of rituximab plus bendamustine and cytarabine in older patients with newly diagnosed MCL. Blood Adv. 2023:3916–3924.
4. **LaCasce AS.** Comparative outcome of initial therapy for younger patients with mantle cell lymphoma: an analysis from the NCCN NHL Database. Blood. 2012:2093.
5. **Linton K., Dreyling M.** EHA Endorsement of ESMO Clinical Practice Guidelines for Newly Diagnosed and Relapsed Mantle Cell Lymphoma. Hemasphere. 2020:464.
6. **Olivier Hermine, Eva Hoster, Jan Walewski et al.** Addition of high-dose cytarabine to immunochemotherapy before autologous stem-

cell transplantation in patients aged 65 years or younger with mantle cell lymphoma (MCL Younger): a randomised, open-label, phase 3 trial of the European Mantle Cell Lymphoma Network. *Lancet*. 2016:565-575.

7. **Schulz H.** Immunotherapy with rituximab and overall survival in patients with indolent or mantle cell lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2007:706.

## KHẢO SÁT TỶ LỆ NHIỄM EPSTEIN-BARR VIRUS (EBV) TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ AMIDAL

Lê Hạ Long Hải<sup>1</sup>, Đại Diễm Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn An<sup>2</sup>,  
Tạ Thành Đạt<sup>1</sup>, Lê Thị Phương<sup>1</sup>,  
Phạm Lê Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Việt<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Epstein-Barr Virus (EBV) là một loại virus phổ biến ở người và được chứng minh là có liên quan đến nhiều loại ung thư. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa EBV với sự hình thành ung thư biểu mô tế bào vảy ở vùng đầu và cổ, trong đó có amidal. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu về vai trò của EBV trên ung thư biểu mô tế bào vảy amidal tại Việt Nam. Nghiên cứu thực hiện trên 133 mẫu mô sinh thiết khối u amidal cho thấy tỷ lệ nhiễm EBV là 33,83%. Trong đó, EBV (+) phân bố nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 50-59, chiếm 43,5% và có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, khi so sánh với các đặc điểm lâm sàng khác như giới tính và giai đoạn bệnh, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa EBV và các đặc điểm trên ( $p > 0,05$ ).

**Từ khóa:** Epstein-Barr Virus, ung thư amidal

### SUMMARY

#### THE PREVALENCE OF EBV INFECTION IN TONSIL CANCER PATIENTS

Epstein-Barr Virus (EBV) is a human virus that has been demonstrated to be associated with various types of cancer. Numerous studies have shown a correlation between EBV and the development of squamous cell carcinoma in the head and neck region, including the tonsils. However, no report on the role of EBV in tonsillar squamous cell carcinoma in Vietnam. A study conducted on 133 tonsillar tumor biopsy samples and found 33.83% EBV positive. EBV positivity was most prevalent in the 50-59 age group, accounting for 43.5% and there was a significant difference between age groups ( $p < 0.05$ ). However, on comparing this data with the corresponding clinico-pathological cofactors (gender, grade of tumor), which were found no statistical significance ( $p > 0.05$ ).

**Keywords:** Epstein-barr Virus, Tonsillar squamous cell carcinoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng đầu cổ là một trong 6 loại hình ung thư phổ biến trên thế giới, trong đó, dạng ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm tới 95% và có thể xảy ra ở hầu hết các bộ phận như vòm họng, hầu họng và khoang miệng. Ung thư biểu mô tế bào vảy amidal (TSCC) là dạng điển hình của ung thư biểu mô tế bào vảy hầu họng (OPSCC), chiếm 23,1% trên tổng số các loại ung thư ở hầu họng.<sup>1</sup> Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào vảy amidal đang có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ này được ghi nhận tăng lên trong giai đoạn 1985–2006 ở Anh và ở hầu hết các vùng của Hoa Kỳ từ năm 2000 đến năm 2014.<sup>2,3</sup> Bên cạnh các yếu tố nguy cơ gây bệnh thông thường như môi trường, hút thuốc lá và di truyền, việc nhiễm một số loại virus như Epstein-Barr virus (EBV), human papillomavirus (HPV) đã được chỉ ra có liên quan đến cơ chế sinh bệnh của TSCC. Tỷ lệ nhiễm HPV cao được tìm thấy ở TSCC trong khi tỷ lệ nhiễm của EBV khá hạn chế. Do đó, vai trò của EBV trong TSCC cần được nghiên cứu thêm.

EBV thuộc họ Herpes, lây truyền chủ yếu ở người thông qua nước bọt. EBV có liên quan đến nhiều dạng ung thư nhạy cảm virus bao gồm ung thư biểu mô vòm họng (NPC), ung thư biểu mô dạ dày, ung thư hạch Hodgkin, u lympho tế bào B lớn lan tỏa, u lympho tế bào NK/T. Các nghiên cứu đã chứng minh EBV có thể thúc đẩy quá trình chuyển đổi biểu mô-trung mô, điều này rất quan trọng trong sự tiến triển và di căn của ung thư.<sup>4</sup> Các tế bào nhiễm EBV biểu hiện các kháng nguyên hạt nhân (EBNA1, -2, -3A, -3B, -3C, -LP) và protein màng (LMP1, -2A và -2B) cùng nhiều RNA không mã hóa (EBER và miRNA). Trong đó, EBNA-1 là kháng nguyên duy nhất được tìm thấy trên tất cả các loại ung thư dương tính với EBV. Thông qua liên kết với trình tự đặc hiệu ở vùng khởi đầu phiên mã (oriP), EBNA-1 có vai trò không thể thiếu cho sự nhân lên của DNA EBV, duy trì episomal và kiểm soát

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 103, Học viên Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024