



LYMPHOMA TẾ BÀO B LỚN NGUYÊN PHÁT BUỒNG TRỨNG

BS TRẦN THỦY TRANG
BS NẠI THỊ HƯƠNG THOANG
KHOA SIÊU ÂM – MEDIC

DIỄN TIẾN LÂM SÀNG



- ▶ Bệnh nhi nữ, 15 tuổi
- ▶ Đầu tháng 3/2025, bệnh nhi và người nhà ghi nhận vùng cổ to, sờ chắc, không đau, không khó thở, nuốt vướng.



DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

BN được gia đình đưa đến khám tại bệnh viện nhi, được xét nghiệm máu, siêu âm tuyến giáp và phần mềm vùng cổ.

BN được cho toa thuốc điều trị 7 ngày.



N XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	THIẾT BỊ - MÃ QT
lượng CRP	< 1.0	(<5) mg/l	QTXN.HS.14 - SH - AlinityCi (*)
AST	19	(<45) U/L	QTXN.HS.118 - SH - AlinityCi (*)
ALT	12	(<40) U/L	QTXN.HS.116 - SH - AlinityCi (*)
	4.2	(1.67-7.49) mmol/L	QTXN.HS.35 - SH - AlinityCi (*)
		(0.00-0.41) mmol/L	QTXN.HS.119 - SH - AlinityCi (*)

MÔ TẢ KẾT QUẢ

TUYẾN GIÁP:
 Eo giáp: 4 mm.
 Thủy phải: 14x33x14 mm.
 Thủy trái: 14.5x35x11 mm.
 - Cấu trúc tuyến giáp: hồi âm đồng nhất.

Kết luận : GHI NHẬN HÌNH ẢNH PHÙ NỀ PHẦN MỀM VÙNG TRƯỚC CỔ, VÀI Ồ DỊCH NHỎ LEN LỎI BÊN TRONG, KHÔNG THẤY TĂNG TUỔI MÁU, KHÔNG THẤY HẠCH

Đề nghị : kết hợp MRI

BÁC SĨ CHUYÊN KHOA

Nhiệt độ: Cân nặng: 50Kg Chiều cao: 160Cm
 BMI: **19.53** -1SD ≤ BMI ≤ 0SD CC/T: **99.13%** -1SD ≤ CC/T ≤ 0SD

Chẩn đoán:
 L04 - Viêm hạch bạch huyết cấp tính ; J18 - Viêm phổi, tác nhân không xác định ; phù nề mô mềm vùng cổ

- Chỉ định dùng thuốc:

1 Amoxicilin + acid clavulanic (Augmentin 1G (VIÊN)) - 875mg; 125mg **14 Viên**
 Uống mỗi ngày 2 lần , mỗi lần 1 Viên Buổi: Sáng , chiều

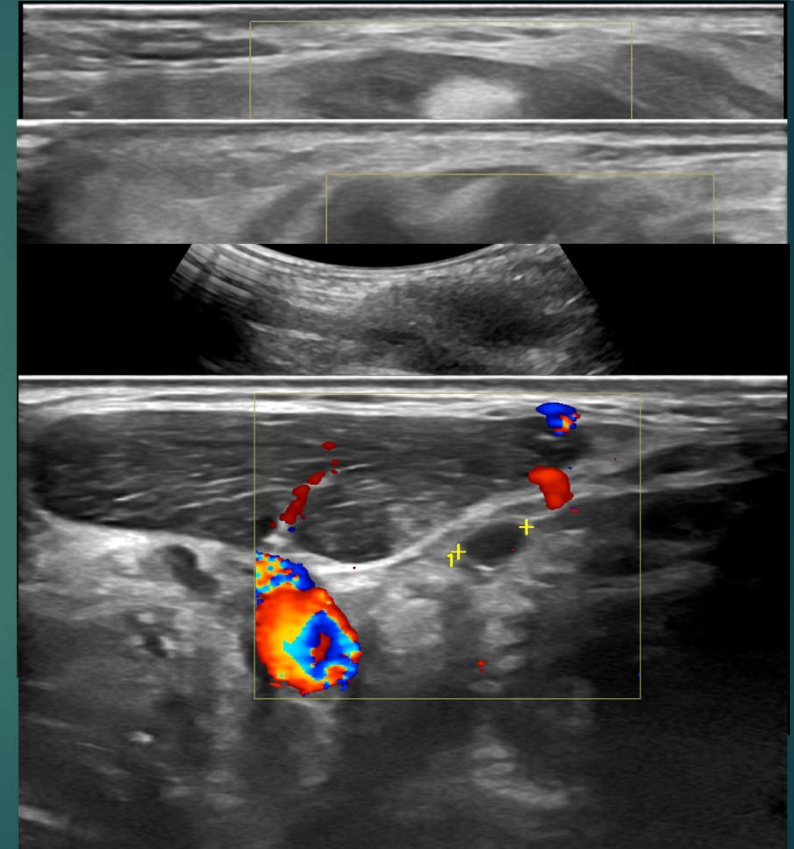
2 Men Saccharomyces boulardii đông khô (NORMAGUT (VIÊN)) - 2,5x10⁹ tế bào/250mg **14 Viên**
 Uống mỗi ngày 2 lần , mỗi lần 1 Viên Buổi: Sáng , chiều

HÌNH ẢNH KHÁM TẠI MEDIC



VÙNG CỔ

- ▶ Cơ ức đòn chũm hai bên kích thước lớn, không đồng nhất, bên trong có nhiều dải echo kém xen kẽ.
- ▶ Phù nề mô mỡ vùng cổ.
- ▶ Dây không đều thành thực quản đoạn cổ, $d = 5 \rightarrow 10\text{mm}$.
- ▶ Nhiều hạch echo kém hình oval, một số còn rốn hạch, $d = 5\text{mm}$, nằm rải rác, không tăng sinh mạch máu.



HÌNH ẢNH KHÁM TẠI MEDIC



SIÊU ÂM TIM

- ▶ Tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều
- ▶ Ít dịch màng phổi Trái.



HÌNH ẢNH KHÁM TẠI MEDIC



SIÊU ÂM BỤNG

- ▶ Hình ảnh buồng trứng kích thước lớn: (P) = 73x41mm, (T) = 69x43mm, echo kém, ít tăng sinh mạch máu, mất cấu trúc mô buồng trứng
- ▶ Ít dịch túi cùng sau.



Huyết áp - Mạch: **98/60-62** Cao: **160** cm; Nặng: **50** kg; Nhiệt độ: **37°C**

Tiền sử bệnh: không có gì

Lý do đi khám: -2 tuần viêm phế quản
-sưng vùng cổ

Lâm sàng: -không mệt, không khó thở, còn khỏe, hạch đảm
-bụng không đau, 2 tháng rối loạn kinh nguyệt
-siêu âm nghi tổn thương buồng trứng, dịch màng bụng phổi tim, đã có một số test máu làm ở nhi đồng I

Chẩn đoán sơ bộ: TỔN THƯƠNG BUỒNG TRỨNG CHƯA LOẠI TRỪ K, TRÀN DỊCH ĐA MÀNG

CHỈ ĐỊNH:

- 1. SIÊU ÂM (1):** SA Tim Máu
- 2. ĐIỆN CHẨN ĐOÁN (1):** Điện tâm đồ (ECG)
- 3. MRI-CT SCAN (2):** CT Ngực (nhờ xem giúp lên cao vùng cổ, nếu bất thường in phim) ; MRI Bụng Chậu
- 4. KHÁM BỆNH (1):** Khám Tổng Quát

XÉT NGHIỆM:

Giờ	Người lấy mẫu



TỔNG SỐ XÉT NGHIỆM: 12

Tổng Phân Tích Nước Tiểu	Albumin	ROMA Test	Vs (ESR) Tốc Độ Lắng Máu
Creatinine/máu (eGFR)	Pro BNP	CA 72.4	BK(AFB)/Sputum I (Đàm)
Bilirubin (T / D / I)	aPTT (TCK)	QuantiFERON (QFT)	BK(AFB)/Sputum II (Đàm)

I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION

ESR (VS):	*	QTTH049
h-1	9	(F < 25 mm)
h-2	20	(F < 50 mm)
aPTT(TCK) ¹	36.5	(25.1 - 36.5 sec) QTTH023
aPTT ratio	1.22	

II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS

BK(AFB)/Sputum I	Âm tính	Âm tính
BK(AFB)/Sputum II	Âm tính	Âm tính

III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

Bilirubin T ²	1.14 H	(0.10 - 1.10 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin D ²	0.290	(0.10 - 0.40 mg/dL)	QTSH063
Bilirubin I	0.850 H	(0.20 - 0.70 mg/dL)	QTSH063
Albumin ²	4.34	(3.60 - 5 g/dL)	QTSH056
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.670	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	.	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	

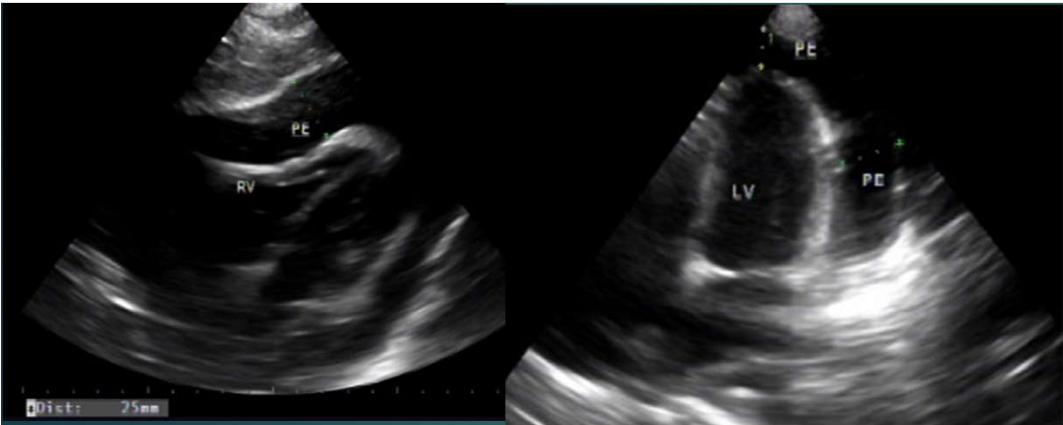
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY

* NT - ProBNP II ² (Pro BNP)	127.0	(pg/mL)	QTMD172
Diễn giải:	.	QĐ 1857 - BYT ngày 05/07/2022	
- Suy tim cấp: ngưỡng loại trừ	tất cả độ tuổi	(< 300 pg/mL)	
Ngưỡng chẩn đoán	< 55 tuổi	(> 450 pg/mL)	
	55 - 75 tuổi	(> 900 pg/mL)	
	> 75 tuổi	(> 1800 pg/mL)	
- Suy tim mạn: ngưỡng loại trừ	tất cả độ tuổi	(< 125 pg/mL)	Số trang: 2/3

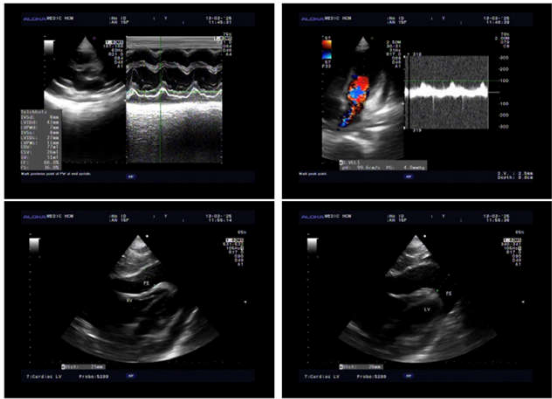
CA 72-4 (Cancer antigen 72-4)	<1.50	(<8.20 U/mL)	QTMD032
* ROMA TEST :	*		QTMD181
HE 4 :	.		
Pre menopause	47.89	pmol/L	
Post menopause	.	pmol/L	
CA 125 (O.M Cancer) ²	36.90 H	(≤ 35 U/mL)	
ROMA value:	Low Risk 7.1%	(Pre: Low < 7.4% ; High ≥ 7.4%)	
	.	(Post:Low< 25.3%;High ≥ 25.3%)	

V. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST

QuantiFERON-TB Gold Plus	NEGATIVE	(Negative)
--------------------------	----------	------------



- 1- Các buồng tim trong giới hạn bình thường LVDd= 42 mm
Vách liên thất vận động nghịch thường ,thất trái bảo tồn chức năng tâm thu.EF= 66%(Teichholz)
- 2- Van 2 lá đầy, hở 1/4 - Van ĐM chủ bình thường
(PAPs=28mmHg)
- 3-Tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều,khoảng trống trước tim (15mm),sau tim (8mm),thành bên thất trái (17mm),vùng mỏm (26mm),đáy nhĩ phải (d= 22mm),dịch không fibrin,chưa thấy chèn ép tim



KẾT LUẬN : VÁCH LIÊN THẤT VẬN ĐỘNG NGHỊCH THƯỜNG
HỞ VAN 2 LÁ 1/4
TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM LƯỢNG NHIỀU
Đề nghị : CHUYỂN CẤP CỨU

PHÂN TÍCH ECG (ANALYSIS) :

aQRS: 110 Rhythm: XOANG Rate: 110 Interval : PR: 0.12 QRS: 0.08 QT: 0.32
PWave : Ext. Leads BT
: Pre. Leads BT
QRS Complex : Ext. Leads r/D2D3AVF
: Pre. Leads <10mm/V4V5V6

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: -- MỆT KHÁM CK TIM : TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM LƯỢNG NHIỀU-> C/C
- TIM ĐỀU
- PHỔI TRONG
- BỤNG MỀM
- 2.Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:
3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:- Tổn thương buồng trứng hai bên nghi u. Dịch ổ bụng lượng ít,
-TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM LƯỢNG NHIỀU.
- Bệnh kèm theo (nếu có):
4. Phương pháp điều trị: CHUYỂN VIỆN



DIỄN TIẾN SAU KHI NHẬP VIỆN



Khoa: Tim mạch
Chẩn đoán lâm sàng: Tràn dịch màng tim - TD u buồng trứng
Chỉ định siêu âm: - Phấn mềm

KẾT QUẢ

- * Tuyến giáp vị trí bình thường, kích thước không to, có một số focal echo kém đồng dạng.
- Dây thành thực quản đoạn cổ 8mm, echo kém.
- Tổn thương dạng thâm nhiễm, giới hạn không rõ vùng hố cánh và lớp.
- Thâm nhiễm vùng hố thượng đòn hai bên.



- Tràn dịch màng tim
- dịch không thuần nh
- Hiện không thấy tổ
- * Đề nghị: phối hợp

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- Dấu hiệu lâm sàng:

Nuốt khó, thở mệt

- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:

14/3/2025 Siêu âm

- Khối tổn thương thâm nhiễm vùng thượng đòn, vùng hố cánh và lớp cơ 2 bên. Tổn thương dây thâm nhiễm giáp và thực quản cổ => Lymphome de Burkitt. Tổn thương thâm nhiễm buồng trứng 2 bên, nghi ngờ bệnh lymphoma. Tràn dịch màng tim

CTScan: Tổn thương thần tủy, buồng trứng 2 bên, cần loại trừ bệnh lý ác tính - Tràn dịch màng ngoài tim BetaHCG máu <2.3mIU/ml, LDH máu: 1.12ng/ml, QuantiFERON (-); CA 125: 36.9U/mL; CA72-4<1.5U/ROMA value 7.1%

- Chẩn đoán:

C85 - Lymphoma (Tổn thương buồng trứng, tủy, thực quản) - Tràn dịch màng tim đã chọc hút

- Phương pháp, thủ thuật, kỹ thuật, thuốc đã sử dụng trong điều trị:

Chọc dịch màng tim giải áp - CTScan

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:

em tỉnh, sinh hiệu ổn, HA 110/80mmHg

- Lý do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển tuyến. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển tuyến

a) Phù hợp với quy định chuyển tuyến (*)



b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh



(2) Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh

- Hướng điều trị: Chuyển Bệnh viện Nhi đồng Thành phố tiếp tục điều trị

- Chuyển tuyến hồi: 16 giờ 00 phút, ngày 17 tháng 03 năm 2025

- Phương tiện vận chuyển: Xe Bệnh viện

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống:

Ngày 17 tháng 3 năm

dùng: 100 ml

tương phản kém, d # 20mm, bờ giới hạn không rõ.
ing tiểu khung khả năng tử buồng trứng hai bên, kích th
au*ngang*cao), bắt thuốc kém, không đồng nhất.
phân thủy VII gan nghi nang gan nhỏ..
lần.
h và hai thận.

ng khảo sát.
ống sống trong trường khảo sát.

RÚNG HAI BÊN. CẦN LOẠI TRỪ BỆNH LÝ ÁC TÍNH.
HUỐC TƯƠNG PHẢN KHÔNG ĐỒNG NHẤT.

XÉT NGHIỆM MÁU

TPT TẾ BAO MÁU BẢNG MÁY ĐẾM LASER				Sinh hóa		
* WBC	11.4	(4.5 - 13.0)	10 ³ /uL	* Creatinine	65.89	(44 - 93.7) μ mol/L
NEU	8.77	(1.8 - 8.0)	10 ³ /uL	* SGOT	21.75	(0-60) U/L
EOS	0.41	(0 - 0.45)	10 ³ /uL	* SGPT	10.65	(0-40) U/L
BASO	0.08	(0.02 - 0.12)	10 ³ /uL	Định lượng Albumin	38.86	(18-56) g/L
LYM	1.59	(1.2 - 5.2)	10 ³ /uL	* Total Bilirubin	9.65	(< 17) μ mol/L
MONO	0.58	(0 - 0.8)	10 ³ /uL	* Direct Bilirubin	1.90	(0 - 3.42) μ mol/L
NEU%	76.71	(40 - 62)	%	Đo hoạt độ LDH (Lactat dehydrogenase)	236.16	(120 - 330) U/L
EOS%	3.59	(0.00 - 6.00)	%			
BASO%	0.73	(0.00 - 1.00)	%	Định lượng Magne	0.75	(0.6 - 0.95) mmol/L
LYM%	13.93	(27 - 40)	%	Amylase / Máu	81.40	(22 - 80) U/L
MONO%	5.04	(0 - 7)	%	CK-MB		
* RBC	5.05	(4.1 - 5.1)	10 ⁶ /uL	Định lượng Phospho		
* HGB	12.5	(12 - 16)	g/dL	Lipase		
HCT	38.0	(36 - 46)	%	Định lượng bhCG (Beta human Chorionic Gonadotropins)		
MCV	75.2	(78 - 102)	fL	IgG (Immunoglobuline G)		
MCH	24.7	(25 - 35)	pg	IgM (Immunoglobuline M)		
MCHC	32.8	(31 - 37)	g/dL	IgA (Immunoglobuline A)		
RDW	17.2	(10.0 - 15.0)	%	Định lượng bổ thể C3 (máu)		
RDW_SD	45.5	(35.1 - 46.3)	fL	Định lượng bổ thể C4 (máu)		
* PLT	312	(150 - 400)	10 ³ /uL			
MPV	7.9	(9.4 - 12.4)	fL	Định lượng CA 125 (Cancer Antigen 125) [huylết Thai]		
NRBC#	0.007		10 ³ /uL			
NRBC%	0.06		%	Cytomegalovirus IgG (CMV IgG) miễn dịch tự động		
				Cytomegalovirus IgM (CMV IgM) miễn dịch tự động		

EBV, HBV, HCV, HIV: âm tính

TSH/ft3: 3.69/4.78

g Thành Phố:



Siêu âm tim (18/03/2025)

Mô tả hình ảnh :

- Chủ mô phổi : không dấu đông đặc/ khảo sát vùng nhu mô phổi sát màng phổi.
- Màng phổi : không tràn dịch
- Trung thất : không khối choán chỗ bất thường trung thất trên
- Màng tim : tràn dịch màng tim , bề dày lớp dịch d# 20mm,dịch thuần nhất. Tim tăng động, theo dõi c hiệu chèn ép tim / tràn dịch màng tim đã chọc hút ở bv ĐĐ1(đã báo lâm sàng hội chẩn tim mạch siêu âm ti

Kết luận: Hiện chưa ghi dấu đông đặc phế nang/ vùng nhu mô phổi khảo sát được.

Tràn dịch màng tim lượng vừa -nhiều, dịch thuần nhất. Tim tăng động, theo dõi có dấu hiệu chèn ép tim

Đề nghị: Hội chẩn tim mạch

Siêu âm vùng cổ

KẾT QUẢ

Mô tả hình ảnh :

- Ghi nhận thâm nhiễm echo dày vùng khoang cổ dưới cơ ức đòn chũm, có vùng echo dày không đồng nhất có tưới máu
- Vài hạch vùng cổ hai bên echo kém có hạch không rõ rốn hạch dưới hàm hai bên
- Tuyến giáp echo dày không đồng nhất, thùy trái tuyến giáp có vùng hồi âm kém hơn mô xung quanh giới hạn không rõ không tăng tưới máu
- Thâm nhiễm mô mềm vùng cổ chưa hình ảnh ổ tụ dịch

Kết luận :

Tổn thương mô mềm cạnh hai bên tuyến giáp

Tuyến giáp echo dày không đồng nhất theo dõi tổn thương thùy trái tuyến giáp

Hạch nhỏ vùng cổ echo kém, có hạch mất rốn

CTScan tầm soát toàn thân (19/03/2025)

Ghi chú mới

Kỹ thuật: Chụp CT não ngực bụng có tiêm thuốc tương phản

Kết quả:

Não:

- Hiện không ghi nhận hình ảnh khối choán chỗ nội sọ
- Không ghi nhận hình ảnh hủy xương bán sọ
- Tụ dịch xoang sàng

Cổ - ngực

- Xẹp phổi tiểu phần thùy vùng lưng phổi trái
- Trần dịch màng ngoài tim dịch đậm độ thấp bề dày lớp dịch khoảng 24 mm
- Hạch rốn phổi phải bắt thuốc không đồng nhất d# 16x 24 mm
- Không ổ tụ dịch vùng cổ

Bụng:

- Động mạch chủ và các nhánh bắt thuốc đồng nhất, thành không dày, không hình ảnh khuyết thuốc.
- Tồn thương cạnh hai bên tử cung bên phải d# 38x 85x 50 mm, bên trái d# 28x 63 x 33 mm, bắt thuốc tương phản kém không đồng nhất nghi xuất phát từ buồng trứng
- Thân tụy to nhẹ d# 16 mm bắt thuốc không đồng nhất không phủ nề quanh tụy
- Không ghi nhận tồn thương bắt thuốc bất thường các tạng còn lại trong ổ bụng

Xương

- Không hình ảnh hủy xương sọ, lồng ngực, cột sống và xương chậu
- Không ghi nhận dịch màng phổi và dịch ổ bụng.

Kết luận:

TỒN THƯƠNG BUỒNG TRỨNG HAI BÊN BẮT THUỐC KÉM THEO DÒNG LYMPHOMA
TRẦN DỊCH MÀNG TIM, ĐẠM ĐỘ THẤP
HẠCH VÙNG RÓN PHỔI PHẢI

Siêu âm bụng (23/03/2025)

Ghi chú mới

Dịch vụ: Siêu âm ổ bụng (gan mật, tụy, lách, thận, bàng quang)

KẾT QUẢ

Mô tả hình ảnh

- Gan : không to, đồng dạng, bờ đều
- Túi mật : không sỏi, thành không dày
- Đường mật : trong ngoài gan không dẫn
- Tụy : không to, đồng dạng
- Lách : không to, đồng dạng
- Dạ dày - ruột: Dẫn tắc ruột (-), lồng ruột (-), cocard (-)
- Vị trí mạch máu mạc treo bình thường
- Ruột thừa d# 4,5 mm , ấn xẹp, hiện không ghi nhận dây mạc nối hồ chậu (P)
- Thận (P) : không ứ nước, không sỏi, không dị dạng
- Thận (T) : không ứ nước, không sỏi, không dị dạng
- Bàng quang : vách không dày, không sỏi
- Dịch tự do : không
- Có hai khối vùng hạ vị nghi là buồng trứng (đã biết)

***** Ghi nhận tràn dịch màng ngoài tim, bề dày lớp dịch (vị trí đáy tim) d# 22-28mm, dịch thuần nhất, hiện không ghi nhận dấu dè sụp thất phải/ thất tâm trương. Ghi nhận có hình ảnh vách liên thất dẹt EF # 66%

***** Thăm nhiễm mỡ vùng thành ngực, vị trí móm mũi kiếm / vị trí chọc dịch màng tim. Hiện không ghi nhận ổ tụ dịch bất thường

Kết luận:

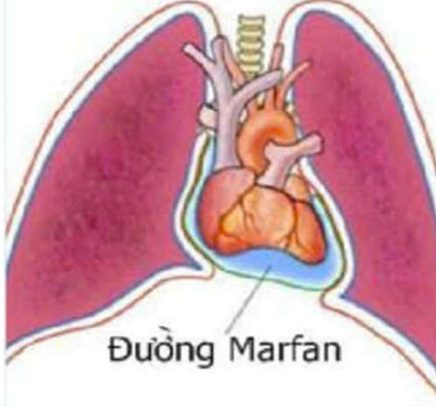
Tràn dịch màng ngoài tim, thuần nhất, hiện không ghi nhận dấu dè sụp thất phải. EF # 66%

Thăm nhiễm mỡ vùng thành ngực, vị trí móm mũi kiếm

U buồng trứng hai bên (đã biết)

Hiện chưa ghi nhận dấu gợi ý bụng ngoại khoa / siêu âm

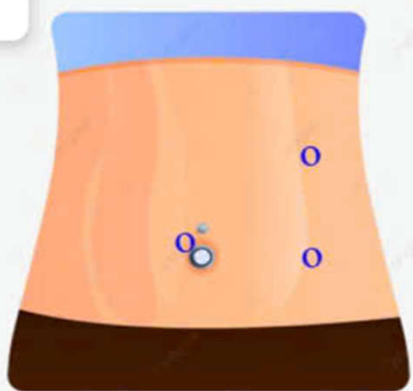
Dẫn lưu tràn dịch màng tim 18:49

LƯỢC ĐỒ PHẪU THUẬT	TRÌNH TỰ PHẪU THUẬT
 Đường Marfan	Phương pháp: Dẫn lưu màng ngoài tim Cách thức: Bệnh nhân nằm ngửa Rạch da đường dọc 1/2 dưới xuống ức Qua các lớp, vén xương ức Vào khoang màng tim Hút ra nhiều dịch vàng chanh, lấy dịch xét nghiệm Đặt dẫn lưu bằng Foley 26Fr Cầm máu kỹ Đóng vết mổ từng lớp bằng chỉ Vycryl 2.0, 4.0 May da Nylon 3.0

Tường trình phẫu thuật 26/03/2025

ới

LƯỢC ĐỒ PHẪU THUẬT



TRÌNH TỰ PHẪU THUẬT

Phương pháp:

PTNS sinh thiết buồng trứng 2 bên

Cách thức:

Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản.

Vào bụng 3 trocar như hình.

Buồng trứng hai bên kích thước to, cứng chắc, màu trắng đục, tăng sinh mạch máu ít.

Không thấy mô buồng trứng bình thường

Ở bụng ít dịch vàng trong ổ douglas.

Kiểm tra bụng thấy gan trơn láng, phúc mạc thành và phúc mạc chậu trơn láng.

Ruột non hồng hào, không tổn thương khu trú, đại tràng không tổn thương

Tiến hành sinh thiết buồng trứng 2 bên.

Khâu phục hồi cân rốn vicryl 4/0, khâu da rapid 4/0

MRI ĐƯỜNG MẬT (04/04/2025)

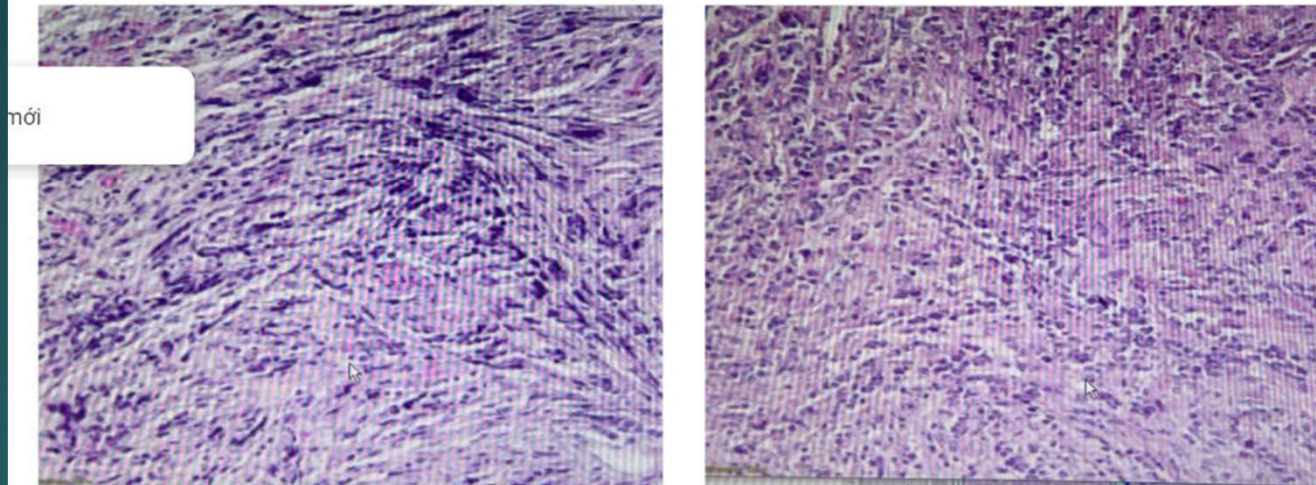
Kỹ thuật : MRI gan - đường mật. Lát cắt Coronal T2WI, T2FS, Axial T2FS, T1WI, FIESTA, 3D MRCP.

Mô tả hình ảnh:

- Ống mật chủ dẫn d# 10mm đoạn dài #15mm, đoạn 1/3 cuối ống mật chủ vị trí đầu tụy hẹp lòng d# 1.5mm, có đoạn chuyển tiếp, ống gan chung d#10 mm thành không đều, ống gan (P) d#4-6mm, ống gan (T) d# 4-7mm thành không đều có đoạn hẹp rải rác. Chỗ nối ống gan (T) và (P) phải hợp vào ống gan chung không hẹp. Không ghi nhận tổn thương choán chỗ trong hoặc ngoài lòng ống mật chủ, không bắt thuốc tương phản bất thường.
- Đường mật trong gan không dẫn, không ghi nhận sỏi trong đường mật
- Túi mật d# 90x30x30mm, thành túi mật không dày, ống túi mật không dẫn d#4 mm, có sỏi nhỏ (2 viên d# 5mm) và cặn bùn trong túi mật
- **Gan to nhẹ đồng dạng, chiều cao gan d# 17cm, không bắt thường tín hiệu trước và sau tiêm thuốc tương phản**
- Ống tụy không dẫn
- Kích thước tụy không to đầu tụy d# 24mm, thân tụy d# 20mm, đuôi tụy d# 20mm. Ghi nhận chủ mô tụy không đồng dạng, có mảng giảm tín hiệu rải rác trên T2, không hiệu ứng choán chỗ, không hạn chế khuếch tán, sau tiêm thuốc tương phản tụy bắt thuốc không đồng dạng (chưa loại trừ do xáo ảnh cử động). Không tụ dịch khoang quanh tụy.
- Không ghi nhận bất thường tín hiệu lách.
- Không ghi nhận dịch ổ bụng.

Kết luận: DẪN ĐOẠN TRÊN ỐNG MẬT CHỦ, DẪN KHÔNG ĐỀU ỐNG GAN PHẢI VÀ TRÁI NGHỈ THỨ PHÁT DO VIÊM, CHƯA LOẠI TRỪ SCLEROSING CHOLANGITIS THỨ PHÁT
TÚI MẬT CÓ SỎI BÙN VÀ SỎI NHỎ
CHỦ MÔ TỤY KHÔNG ĐỒNG DẠNG NGHỈ TRONG BỆNH CẢNH HUYẾT HỌC MIỄN DỊCH
HIỆN KHÔNG GHI NHẬN KHỎI TỔN THƯƠNG BẮT THUỐC TƯƠNG PHẢN BẤT THƯỜNG VÙNG RÓN GAN VÀ ĐẦU TỤY.

Giải phẫu bệnh



Kết luận: Theo dõi Lymphoma.

Đề nghị nhuộm HMMD: Đề nghị nhuộm HMMD: CD3, CD20, CD30, TdT, ALK-1, Calretinin, Inhibin, Vimentin, CD45, Cmyc, BCL2, CD10 (Block 20)

SINH THIẾT & CHẨN ĐOÁN MÔ BỆNH HỌC



► BN được chuyển sang BVNĐTP để phẫu thuật sinh thiết buồng trứng

Mô bệnh học

- Mẫu mô hiện diện các TB to, nhân sáng không khía, có 2-3 hạt nhân rõ, nằm sát rìa nhân, hoặc hạt nhân lớn, nằm giữa nhân. Nhiều phân bào

Hóa mô miễn dịch

- CD3 (-), CD20 (+), CD30 (-), TdT (-), ALK-1 (-), Calretinin (-), Inhibin (-), Vimentin (+), CD45 (+), Cmyc (-), BCL2 (-), CD10 (+), Ki67 (+) 80%, CD79A (+), PAX5 (+), BCL6 (+), CD15 (-), CD34 (-)

Chẩn đoán xác định

- Lymphoma tế bào to dòng B (Large B-cell Lymphoma)

KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

Đặc điểm đại thể:

Hội chẩn lam 2SB445 của Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố.

Đặc điểm vi thể:

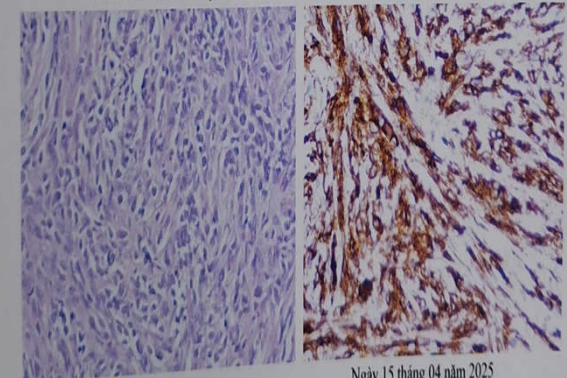
Mẫu mô hiện diện các tế bào to, nhân sáng không khía, có 2-3 hạt nhân rõ, nằm sát rìa nhân, hoặc hạt nhân lớn, nằm giữa nhân. Nhiều phân bào.

KẾT LUẬN: THEO DÕI LYMPHOMA.

Đề nghị nhuộm HMMD: CD3, CD20, CD30, TdT, ALK-1, Calretinin, Inhibin, Vimentin, CD45, Cmyc, BCL2, CD10 (Block 2C).

Kết quả nhuộm HMMD: CD3 (-), CD20 (+), CD30 (-), TdT (-), ALK-1 (-), Calretinin (-), Inhibin (-), Vimentin (+), CD45 (+), Cmyc (-), BCL2 (-), CD10 (+), Ki67 (+) 80%, CD79A (+), PAX5 (+), BCL6 (+), CD15 (-), CD34 (-)

KẾT LUẬN SAU NHUỘM HMMD: LYMPHOMA TẾ BÀO TO DÒNG B (LARGE B-CELL LYMPHOMA).



Ngày 15 tháng 04 năm 2025

Bác sĩ đọc kết quả

BÀN LUẬN



LYMPHOMA NON HODGKIN NGUYÊN PHÁT NGOÀI HẠCH

- ▶ **Tiêu chuẩn chẩn đoán (Dawson 1961 + Krol 2003):**
 - ▶ Không sờ thấy hạch ngoại biên lần khám đầu
 - ▶ Không có u trung thất trên XQ ngực
 - ▶ Vị trí tổn thương ngoài hạch nổi trội
 - ▶ Thâm nhiễm hạch lân cận cơ quan tổn thương (thường hạch nhỏ)
 - ▶ Vòng Waldeyer's và lách được coi là LKH tại hạch; tổn thương tủy xương coi là lymphoma ngoài hạch
- ▶ **Tiêu chuẩn vàng:** Sinh thiết cơ quan tổn thương + giải phẫu bệnh + nhuộm hóa mô miễn dịch

BÀN LUẬN



- ▶ Lymphoma tế bào B lớn lan toả (DLBCL) nguyên phát buồng trứng là dạng cực kỳ hiếm gặp, thuộc nhóm lymphoma ngoài hạch nguyên phát (chỉ < 0.5% trong tổng số lymphoma non Hodgkin ngoài hạch. Chẩn đoán khó khăn vì triệu chứng không đặc hiệu, thường được phát hiện muộn ở giai đoạn IV. Loại mô bệnh học phổ biến là tế bào B lớn lan toả (DLBCL) và Burkitt Lymphoma.
- ▶ Ngoài ra, DLBCL nguyên phát buồng trứng chiếm tỉ lệ < 1% trong u buồng trứng, do đó cần phân biệt với ung thư biểu mô buồng trứng để tránh phẫu thuật quá mức trước khi có mô bệnh học.

Nguồn	Năm	Bệnh nhân	Loại DLBCL	Phác đồ
Bệnh viện Bạch Mai	2025	Nữ trưởng thành	non-GCB (CD20+)	R-DA-EPOCH + Rituximab
BMJ Case Reports	2023	Nữ trẻ	Không rõ	Không rõ
PubMed (Double-Hit)	2022	Nữ trẻ	non-GCB	Không rõ
PubMed (3 cases)	2011	3 nữ	Không rõ	CHOP + Rituximab
PubMed (78 tuổi)	2009	Nữ 78 tuổi	Không rõ	6 chu kỳ R-CHOP
PubMed (75 tuổi)	2022	Nữ 75 tuổi	Không rõ	Không rõ
Malaysia J. Medicine	2025	Nữ 22 tuổi	GCB type	Không rõ
Frontiers Oncology	2025	Nữ	Không rõ	Cá thể hóa

HÌNH ẢNH HỌC



Đặc điểm siêu âm:

- ▶ Hai bên: thường gặp
- ▶ Đồng nhất, giảm âm
- ▶ Tăng tuần hoàn nhẹ
- ▶ Không tràn dịch màng bụng
- ▶ Khối luôn > 5 cm đường kính

Hạn chế: Đặc điểm thường không đặc hiệu $\rightarrow$ dễ nhầm với ung thư biểu mô buồng trứng



Đặc điểm SA	DLBCL buồng trứng	Ung thư biểu mô buồng trứng
Cấu trúc	Đồng nhất	Không đồng nhất
Tăng sinh mạch máu	Tăng sinh mạch máu nhẹ	Tăng sinh mạch máu nhiều
Kiểu mạch máu	Mạch máu nhỏ, phân bố đều	Mạch máu nhiều, phân bố bất thường, rìa khối u + trung tâm
Vận tốc dòng chảy	Thấp, ít dòng chảy	Cao, RI thấp
Bờ khối u	Bờ rõ, đều	Nham nhở, bờ không đều
Chồi/nhú	Thường đặc, không có chồi	≥ 4 chồi/nhú (yếu tố ác tính)
Dịch bụng	Không có	Có dịch ổ bụng
Xâm lấn	Không xâm lấn	Xâm lấn ruột, phúc mạc

HÌNH ẢNH HỌC



Đặc điểm CT:

- ▶ Khối đặc mật độ thấp đồng nhất, bờ rõ, không xâm lấn mô xung quanh, bắt thuốc cản quang nhẹ. Không dịch ổ bụng. Thường 2 bên. Không mỡ, không calci. Kích thước lớn (>5 cm).

Đặc điểm MRI:

- ▶ Tín hiệu thấp trên T1. Tăng tín hiệu nhẹ, nhưng đồng nhất trên T2. Ngấm thuốc mạnh, đồng nhất.
- ▶ Không có thành phần mỡ, dịch, calci, hoại tử
- ▶ Bờ rõ, không xâm lấn mô xung quanh. Thường ảnh hưởng cả hai buồng trứng. Không có dịch ổ bụng.
- ▶ Không giống u ác tính ($ADC < 0.68$)

TUMOR MARKER:



LDH:

- Xét nghiệm cực kỳ quan trọng.
- Tăng LDH phản ánh:
 - Khối lượng u lớn
 - Tăng sinh mạnh
 - Tiên lượng xấu
- Đặc biệt: Burkitt Lymphoma, LDH thường tăng rất cao.

β 2-Microglobulin:

- Tăng trong:
 - Lymphoma tiến triển
 - Tải lượng khối u cao
 - Giá trị tiên lượng

Marker	DLBCL	Ung thư biểu mô
LDH	Tăng (gặp trong 70-80%)	Không đặc hiệu
$\beta 2$ -microglobulin	Tăng ($>2.22 \mu\text{g/mL}$)	Không đặc hiệu
CA-125	Tăng nhẹ (thường <200)	Tăng mạnh (>200)
AFP, β -hCG	Âm tính	Dương tính (u tế bào mầm)

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH



Yếu tố	Yêu cầu
Sinh thiết hạch/u	Loại bỏ toàn bộ hoặc một phần hạch bạch huyết
Mô bệnh học	Tế bào lớn không dính nhau , tập trung >50% dân số tế bào
Kiểu lan tỏa	Xóa bỏ cấu trúc bình thường của hạch lympho
Hóa mô miễn dịch	CD20 (+) , CD19+, CD30 (4.5%), CD5 (5.3%)
Tái sắp xếp gen	BCL2, BCL6, MYC, TP53 (double-hit/triple-hit)
Phân loại	Non-germinal center B-cell-like (non-GCB) hoặc GCB

ĐIỀU TRỊ



- ▶ Ban đầu: R-CHOP (50-60% chữa khỏi)
- ▶ Tái phát lần đầu: Hóa trị liều cao → Ghép tự thân (>50% đáp ứng)
- ▶ Tái phát <1 năm/kháng: CAR-T (85-94% đáp ứng, 42.6% sau 5 năm)
- ▶ Tái phát >1 năm: Salvage → Ghép tự thân

TIỀN LƯỢNG



- ▶ Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn: 66%
- ▶ OS-3 năm: 37.5% (tái phát/kháng)
- ▶ Không điều trị: <6 tháng
- ▶ GCB subtype: Tiên lượng tốt (CR 78%)
- ▶ non-GCB subtype: Tiên lượng xấu (CR 56.5%)

Yếu tố tiên lượng xấu:

- ▶ LDH tăng, β 2-microglobulin cao, non-GCB, double-hit / triple-hit...

KẾT LUẬN



- ▶ DLBCL là thể tiến triển nhanh nhưng có thể chữa khỏi với điều trị đúng phác đồ.
- ▶ Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh trong DLBCL có giá trị chủ yếu ở gợi ý tổn thương, đánh giá giai đoạn và theo dõi đáp ứng điều trị. Tuy nhiên không đủ để chẩn đoán xác định vì đặc điểm thường không đặc hiệu và dễ chồng lấp với các bệnh lý ác tính khác. Do đó, chẩn đoán cuối cùng vẫn cần sinh thiết, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.
- ▶ Với tổn thương vùng cổ không điển hình, không nên dừng lại ở chẩn đoán khu trú. Cần nghĩ đến một bệnh lý **toàn thân**, tiếp tục khảo sát các cơ quan khác và sinh thiết tổn thương nghi ngờ để tránh bỏ sót lymphoma ngoài hạch, trong đó có lymphoma buồng trứng.

Tài liệu tham khảo:



- ▶ Trần Quang Hưng, Nguyễn Thanh Bình. (2015). U lympho ác tính không Hodgkin ở cơ quan sinh dục nữ. *Tạp chí Phụ sản Việt Nam*, 19(4), 79-85. <https://vjog.vn/journal/article/view/910>
- ▶ Nguyễn Thanh Bình. (2025). Lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị u Lympho tế bào B lớn lan tỏa theo nguồn gốc tế bào. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 4191. <https://tapchinghiencuuyhoc.vn/index.php/tencyh/article/view/4191>
- ▶ BV Chợ Rẫy & BV Truyền Máu Huyết Học TP.HCM. (2026). Đánh giá hiệu quả điều trị u lympho lan tỏa tế bào B lớn tái phát hoặc kháng trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Truyền máu huyết học thành phố Hồ Chí Minh. *VNR4S*. <https://vnras.com/danh-gia-hieu-qua-dieu-tri-u-lympho-lan-toa-te-bao-b-lon-tai-phat-hoac-khong-tri-tai-benh-vien-cho-ray-va-benh>
- ▶ Park, J. Y., Kim, B. S., Yang, D. H., et al. (2020). Ovarian diffuse large B-cell lymphoma initially suspected dysgerminoma managed by laparoscopic staging surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 33101919. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33101919/>
- ▶ World Health Organization. (2022). *WHO classification of tumours of soft tissue and bone* (5th ed.). IARC Press.
- ▶ NCCN. (2024). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: B-cell lymphomas* (Version 3.2024). National Comprehensive Cancer Network.
- ▶ Severson, A. E., Long, W., & Miller, S. (2015). Primary ovarian lymphoma: A case report and review of the literature. *Gynecologic Oncology*, 19(4), 79-85.



**XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ LẮNG NGHE CỦA QUÝ
THẦY CÔ VÀ CÁC ANH CHỊ ĐỒNG NGHIỆP!**