

LYMPHOMA KHÔNG HODGKIN CỘT SỐNG: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP

Trương Vương Vũ¹, Quách Văn Hiến¹

TÓM TẮT

Bệnh lý nguyên phát ở xương chỉ chiếm khoảng 1% các trường hợp Lymphoma không Hodgkin; Hơn nữa, lymphoma không Hodgkin cột sống là cực kỳ hiếm, chỉ chiếm khoảng 1,7% các trường hợp lymphoma không Hodgkin nguyên phát ở xương. Hóa trị và xạ trị đường như là điều trị tối ưu, phẫu thuật được áp dụng trong một số trường hợp có chèn ép thần kinh. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp lymphoma không Hodgkin cột sống có chèn ép thần kinh đáp ứng tốt với điều trị.

Từ khóa: Lymphoma không Hodgkin

ABSTRACT

PRIMARY VERTEBRAL NON-HODGKIN LYMPHOMA: REPORT ON TWO CASES

Truong Vuong Vu¹, Quach Van Hien¹

Primary bone disease is in only 1% of non-Hodgkin lymphomas. Further, primary vertebral locations are exceedingly rare, accounting for only 1.7% of all primary bone non-Hodgkin lymphomas. Chemotherapy and radiation therapy appear ideal treatment for these patients. Surgery is indicated individually in patients with symptoms of neurological compression. We report on two cases with non-Hodgkin lymphoma of vertebrae. They presented neurological compressions but had good treatment responses.

Key words: Non-Hodgkin lymphomas

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý nguyên phát ở xương chỉ chiếm khoảng 1% các trường hợp Lymphoma không Hodgkin; Hơn nữa, lymphoma không Hodgkin cột sống là cực kỳ hiếm, chỉ chiếm khoảng 1,7% các trường hợp lymphoma không Hodgkin nguyên phát ở xương. Hiện tại rất ít tài liệu viết về vị trí đặc biệt này. Chúng tôi chỉ tìm thấy một số bài báo cáo với số bệnh nhân rất ít và một số bài báo cáo ca lâm sàng. Hóa trị và xạ trị đường như là điều trị tối ưu, phẫu

thuật được áp dụng trong một số trường hợp có chèn ép thần kinh.

II. CA LÂM SÀNG

BỆNH NHÂN I:

Họ và tên : PHẠM ĐÌNH Q, 41 tuổi

Giới tính : Nam

Địa chỉ : Vạn Ninh – Khánh Hòa

Bệnh nhân vào viện tám lần

- Ngày nhận bài (received): 15/7/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013;

- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013

1. Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa

- Người phản biện: TS. Nguyễn Phước Bảo Quân; TS. Phạm Nguyên Tường

- Người phản hồi (corresponding author): BS Trương Vương Vũ

- Email: drvu_bvkh2006@yahoo.com ĐT: 0903599911

BỆNH ÁN SỐ 1:

Vào viện ngày 30/5/2012; Ra viện ngày 05/7/2012

Số vào viện: 24770

Lý do vào viện: Đau lưng, liệt hai chân

Bệnh sử: Bệnh nhân bị đau lưng khoảng một năm, cách nhập viện khoảng một tuần xuất hiện yếu hai chân và đại tiểu tiện khó tăng dần

Ghi nhận lúc vào viện: Tê bì từ rốn xuống hai chân, đại tiểu tiện khó, liệt hai chân không đi lại được. Gù, đau cột sống ngực. Bệnh diễn biến tăng dần đến lúc phẫu thuật bệnh nhân bí đại tiểu tiện.

X-quang cột sống ngực (01/6/2012): Tiêu xương D6

MRI (31/5/2012): Tổn thương hủy thân đốt sống ngực D6, tạo thành khối phía trước và sau gây chèn ép tủy ngực D6, thâm nhiễm rễ thần kinh D6 hai bên. Hủy một phần đốt sống ngực D5, D7. Gập góc cột sống ngực ra trước. Phần mềm cạnh sống hai bên bình thường.

CT-Scan (01/6/2012): Hủy thân đốt sống ngực D6, ổ tiêu xương ở D5 và D7

Giải phẫu bệnh (20/6/2012): Nghi ngờ lymphoma

Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, X-quang phổi, siêu âm bụng và MRI sọ não chưa phát hiện tổn thương ở những vị trí khác.

Phẫu thuật (14/6/2012): Cắt bỏ thân đốt sống ngực D6, một phần thân D5 và D7, kết hợp xương. Chỉnh gù, bắt nẹp vít

Sau mổ bệnh nhân còn bí đại tiểu tiện, đau cột sống ngực. Hai chân chỉ nhúc nhích nhẹ bàn chân.

BỆNH ÁN SỐ 2:

Vào viện ngày 09/7/2012; Ra viện ngày 24/8/2012

Số vào viện: 31717

Lý do vào viện: Đau cột sống ngực

Ghi nhận lúc vào viện: Đau cột sống ngực, bí đại tiểu tiện, liệt hai chân. Hạch ngoại biên không sờ được.

X-quang phổi, siêu âm bụng, MRI sọ não chưa phát hiện bất thường

Xét nghiệm hóa mô miễn dịch (04/7/2012): CD3(-), CD20(-). Phối hợp với giải phẫu bệnh:

Lymphoma không Hodgkin tế bào nhỏ, không B, không T

Xạ trị (23/7/2012) 8Gy/1 lần

Hóa trị CEOP: Cyclophosphamide 1000mg (Ngày 1), Epirubicin 150mg (Ngày 1), Vincristin 2mg (Ngày 1), Methylprednisolon 125mg (Ngày 1 - 5); Lần I ngày 27/7/2012 và lần II ngày 21/8/2012.

Diễn biến trong đợt điều trị:

- Ngày 31/7/2012: Bớt đau cột sống, đi lại được trong phòng khi có người đỡ

- Ngày 01/8/2012: Tiểu tiện được

- Ngày 02/8/2012: Đại tiện được

- Ngày 24/8/2012: Chống nạng đi lại được không cần sự trợ giúp của người khác

BỆNH ÁN SỐ 3:

Vào viện ngày 01/9/2012; Ra viện ngày 28/9/2012

Số bệnh án: 41284

Ghi nhận trong quá trình nằm viện: Đau ít ở cột sống ngực, đại tiểu tiện bình thường, đi lại được nhưng phải chống nạng

Hóa trị CEOP lần III vào ngày 25/9/2012

BỆNH ÁN SỐ 4:

Vào viện ngày 15/10/2012; Ra viện ngày 18/10/2012

Số vào viện: 49372

Ghi nhận trong quá trình nằm viện: Không đau cột sống, đi lại bình thường không cần chống nạng. Bệnh nhân khai đã làm được những việc nhẹ trong nhà

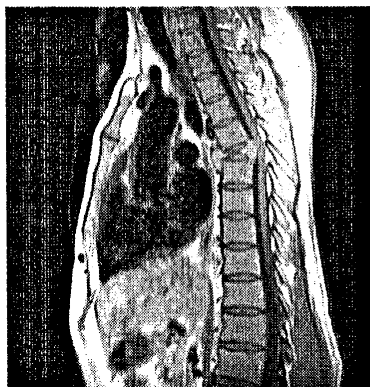
Hóa trị CEOP lần IV ngày 17/10/2012

BỆNH ÁN SỐ 5, 6, 7 VÀ 8:

Số vào viện: 53762, 58062, 1311 và 4718

Ghi nhận trong quá trình nằm viện: Không đau cột sống, đi lại bình thường, đại tiểu tiện bình thường. Bệnh nhân khai đã làm được các công việc bình thường trong nhà

Hóa trị CEOP lần V, VI, VII và VIII vào ngày 08/11/2012, 19/12/2012, 11/01/2013 và 31/01/2013.



HIỆN TẠI: Bệnh nhân sinh hoạt bình thường, qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng chưa phát hiện các tổn thương ở hạch cũng như các vị trí khác ngoài hạch

BỆNH NHÂN SỐ 2:

Họ và tên: ĐINH THỊ CHẤT, 74 tuổi

Giới tính: Nữ

Địa chỉ: Nha Trang – Khánh Hòa

Bệnh nhân đã vào viện ba lần để phẫu thuật, xạ trị và hóa trị được hai chu kỳ. Hiện tại bệnh nhân đang tiếp tục hóa trị.

BỆNH ÁN SỐ 1:

Vào viện ngày: 25/02/2013; Ra viện ngày: 15/3/2013

Số vào viện: 8952

Lý do vào viện: Đau lưng

Bệnh sử: Đau lưng khoảng sáu tháng, điều trị theo hướng thoái hóa cột sống nhưng triệu chứng đau lưng tăng dần và lan ra hai bên nên bệnh nhân đi khám và cho vào viện.

Ghi nhận lúc vào viện: Đau cột sống ngực lan ra hai bên, đau tăng lên rất nhiều khi ấn vào cột sống ngực. Sau nhập viện ba ngày bệnh nhân tiểu khó, hai chân yếu dần, đi lại khó khăn và đến ngày 03/3/2013 bệnh nhân không đi được, sức cơ 2/5.

MRI (25/02/2013): Tổn thương tăng tín hiệu rải rác vài đốt sống ngực, vài ổ khuyết xương ở D9, D10, D12 và L1, tăng quang dạng viền quanh ổ tổn thương, tăng quang màng cứng vùng D9, D10. Tủy ngực, các lỗ liên hợp và thần kinh tương ứng, phần mềm cạnh sống trong giới hạn bình thường.

Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu

(28/02/2013) trong giới hạn bình thường.

X-quang phổi, siêu âm bụng (26/02/2013) trong giới hạn bình thường

Giải phẫu bệnh (07/3/2013): Carcinoma di căn xương, chưa loại trừ Lymphoma.

Phẫu thuật (04/3/2013): Lấy bướu, giải phóng chèn ép thần kinh, kết hợp xương – Nẹp vít. Mô tả trong phẫu thuật: Tổn thương ở D9, D10, D11 xâm lấn ngoài tủy chèn ép thần kinh nặng.

Ngày 15/5/2013: Bệnh nhân đã tiểu được, đi lại rất khó khăn phải dùng nạng và có người trợ giúp.

BỆNH ÁN SỐ 2:

Vào viện ngày: 29/3/2013; Ra viện ngày: 08/5/2013

Số vào viện: 14625

Ghi nhận trong quá trình nằm viện: Hạch ngoại biên không sờ đụng. Tê bì hai chân từ khớp gối trở xuống. Đau ít ở cột sống ngực khi đi lại, đi lại khó khăn phải dùng nạng.

Các xét nghiệm máu, X – quang phổi, siêu âm bụng (28/3/2013) trong giới hạn bình thường.

Hóa mô miễn dịch (15/3/2013): CD3(-), CD20(+++), CK(-). Phối hợp với giải phẫu bệnh: Lymphoma tế bào lớn loại tế bào B.

Xạ trị (03/4 – 09/4/2013): 20Gy/5 lần

Hóa trị R-CEOP: Retuximab 500mg (Ngày 1), Cyclophosphamide 800mg (Ngày 2), Epirubicin 100mg (Ngày 2), Vincristin 2mg (Ngày 2), Methylprednisolon 125mg (Ngày 1 – 5); Lần I ngày 02/5/2013

Ngày 08/5/2013: Bớt đau cột sống ngực, bớt tê bì ở chân, đi lại còn phải dùng nạng.

BỆNH ÁN SỐ 3:

Vào viện ngày: 17/5/2013; Ra viện ngày: 25/6/2013

Số vào viện: 23295

Ghi nhận trong quá trình nằm viện: Hạch ngoại biên không sờ đụng. Không đau cột sống. Đi lại không cần dùng nạng

Các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu trong giới hạn bình thường

Hóa trị R-CEOP lần II vào ngày 21/6/2013

Bệnh nhân sẽ được hóa trị tiếp

III. BÀN LUẬN

Lymphoma không Hodgkin ở xương được chẩn đoán tại thời điểm bệnh nhân đến khám rất ít gặp. Khi bệnh ở giai đoạn tiến xa rất khó để xác định tổn thương ở xương là nguyên phát hay thứ phát. Người ta đã đưa ra định nghĩa lymphoma nguyên phát ở xương là bệnh chỉ có ở xương và không phát hiện các tổn thương khác. Tuy nhiên, để tránh chẩn đoán nhầm vị trí nguyên phát người ta đưa ra một định nghĩa khắt khe hơn, đó là bệnh chỉ có ở xương và không phát hiện bất kỳ tổn thương nào khác kể từ lúc được chẩn đoán cho đến sáu tháng. Theo đa số các tác giả, lymphoma nguyên phát ở xương rất hiếm, chỉ chiếm 1% các lymphoma không Hodgkin. Hơn nữa, các vị trí thường gặp là xương bả vai, xương chậu, xương đùi và xương chày; Vị trí nguyên phát ở cột sống chỉ chiếm 1,7% tất cả các trường hợp lymphoma không Hodgkin ở xương. Lymphoma không Hodgkin nguyên phát cột sống thường diễn tiến âm thầm với các triệu chứng không đặc hiệu như mệt mỏi, sút cân, chảy mồ hôi đêm. Khi được chẩn đoán thường bước đã lớn và gây chèn ép thần kinh với các triệu chứng như đau lưng, đau và yếu chi, rối loạn cảm giác ở chi, đại tiểu tiện khó, nặng hơn sẽ bị liệt chi và bí đại tiểu tiện. Theo hầu hết các tác giả, hóa trị kết hợp xạ trị là điều trị lý tưởng cho loại bệnh này. Phẫu thuật giải phóng chèn

ép phổi hợp với hóa trị và xạ trị được chỉ định cho những trường hợp chèn ép thần kinh do tổn thương thân đốt sống.

Trường hợp lâm sàng thứ nhất vào viện với các triệu chứng chèn ép tủy như đau cột sống ngực, liệt hai chân, bí đại tiểu tiện. MRI có tổn thương thân đốt sống D6 gây chèn ép tủy. Chúng tôi phối hợp phẫu thuật, hóa trị và xạ trị cho kết quả đáp ứng tốt. Sau gần ba tháng kể từ lúc bắt đầu hóa trị bệnh nhân trở lại đời sống gần như người bình thường. Hiện tại đã hơn mười ba tháng kể từ lúc được chẩn đoán chúng tôi chưa phát hiện thêm tổn thương mới.

Trường hợp lâm sàng thứ hai vào viện với các triệu chứng chèn ép thần kinh như tiểu khó, yếu hai chân, đi lại khó khăn. Chúng tôi phối hợp phẫu thuật, hóa trị và xạ trị đem lại kết quả khả quan. Sau hai tuần kể từ lúc bắt đầu hóa trị bệnh nhân hết đau cột sống và đi lại không cần nạng.

IV. KẾT LUẬN

Lymphoma không Hodgkin cột sống là một bệnh rất hiếm gặp, chẩn đoán thường ở giai đoạn đã trễ. Điều trị chủ yếu là hóa trị phối hợp với xạ trị, khi có triệu chứng chèn ép thần kinh do tổn thương xương cần phải phẫu thuật phối hợp với hóa trị và xạ trị. Hai trường hợp lâm sàng chúng tôi báo cáo hiện diện đầy đủ các triệu chứng chèn ép thần kinh và đã được điều trị thành công nhờ kết hợp giữa phẫu thuật, hóa trị và xạ trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai (2010), *Điều trị nội khoa bệnh ung thư*, Nhà xuất bản y học, tr. 285 – 295.
2. Nguyễn Chấn Hùng (2004), *Ung bướu học Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học – Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh, tr. 332 – 347.
3. Che-Wei Liu, Tsung-Ying Tsai, Yao-Feng Li, Leou-Chyr Lin, Shyu-Jye Wang, Infected primary non-Hodgkin lymphoma of spine, *Indian journal of orthopaedics*, 46(2012), pp. 479 – 482, [PMC]
4. Dennis A, Cascizllato (2004), *Manual of clinical oncology*, 5th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp. 435 – 457.
5. Peng X, Wan Y, Chen Y, Chen L, He A, Liao W, Sheng J, Fu Q, Han S, Li F, Zou X (2009), “Primary non-Hodgkin lymphoma of the spine with neurologic compression treated by radiotherapy and chemotherapy alone or combined with surgical decompression”, *Oncology Reports*, 21, pp.1269– 1275. [PubMed]
6. Zachary A Smith, Mark F Sedrak, Larry T Khoo (2010), “Primary bony Non-Hodgkin lymphoma of the cervical spine: A case report”, *Journal of medical case reports*, 4. [PMC].