

Báo cáo trường hợp

U nguyên bào xương ở xương sườn: Báo cáo ca bệnh và tổng quan y văn

Trang Chấn Long¹, Trần Anh Thu¹, Dương Thanh Tú¹, Nguyễn Vũ Thiện^{1,2*}

¹Bộ môn Mô phôi - Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Nhân Dân 115

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Vũ Thiện; Email: nvuthien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 01/05/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 01/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.44

Tóm tắt

U nguyên bào xương (osteoblastoma) là một loại u sinh xương hiếm gặp, chiếm khoảng 1% các u xương nguyên phát. Tổn thương thường gặp ở cột sống, trong khi xương sườn là vị trí rất hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 41 tuổi nhập viện vì đau vùng hông lưng trái. Trên X quang ghi nhận tổn thương tăng đậm độ, chõng hình ở cung sườn sau số 9 bên trái. Chụp cắt lớp vi tính ghi nhận khối tổn thương tăng đậm độ không đồng nhất tại cung sườn 9 bên trái, giới hạn tương đối rõ, kích thước 4,1 × 3,9 cm, chèn ép mô kế cận kèm dày màng phổi bên trái. Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nạo bỏ toàn bộ tổn thương. Đánh giá đại thể ghi nhận nhiều mảnh mô vụn, màu nâu đỏ, mật độ cứng như xương, tổng kích thước khoảng 4 cm. Trên vi thể ghi nhận các bè xương non mảnh, sắp xếp kết nối với nhau, có viền nguyên bào xương bao quanh. Các nguyên bào xương hình đa diện, có nhân hình bầu dục hoặc dẹt, nhân sáng, tương đối đồng dạng, hạt nhân nhỏ, nằm trong mô đệm giàu mạch máu. Không hiện diện phân bào hay phân bào bất thường, và không có hoại tử u. Bài viết này nhằm nhấn mạnh một u dạng tạo xương xương hiếm gặp trên bệnh nhân lớn tuổi, và xuất hiện tại vị trí không điển hình, dễ gây nhầm lẫn với các tổn thương lành tính cũng như ác tính khác ở xương trong thực hành lâm sàng - giải phẫu bệnh.

Từ khóa: U nguyên bào xương; xương sườn; u xương dạng xương; sarcom tạo xương; u sinh xương.

Osteoblastoma of Rib: Case report and Literature review

Trang Chan Long¹, Tran Anh Thu¹, Duong Thanh Tu¹, Nguyen Vu Thien^{1,2*}

¹Department of Histology, Embryology, and Pathology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

²Department of Pathology, 115 People's Hospital

Abstract

Osteoblastoma is a rare osteogenic tumor, accounting for approximately 1% of all primary bone neoplasms. It most commonly arises in the vertebral column, whereas involvement of the ribs is exceedingly uncommon. We report the case of a 41-year-old female who presented with left-sided flank and lower back pain. Plain radiography demonstrated an area of increased radiodensity with superimposition over the posterior arc of the left ninth rib. Subsequent computed tomography revealed a relatively well-demarcated, heterogeneously hyperdense lesion involving the left 9th ribs, measuring 4.1 × 3.9 cm, with compression of adjacent soft tissues and associated thickening of the left pleura. The patient underwent surgical curettage of the lesion. Gross examination showed multiple brownish-red tissue fragments with a firm, bone-like consistency, measuring approximately 4 cm in aggregate. Histopathological evaluation demonstrated interconnecting trabeculae of immature woven bone rimmed by osteoblasts. The osteoblasts were polygonal, with oval to flattened nuclei, finely dispersed chromatin, mild nuclear uniformity, and inconspicuous nucleoli, set within a richly vascularized stroma. No mitotic figures, atypical mitoses, or tumor necrosis were identified. This report highlights a rare osteogenic tumor occurring in an older patient at an unusual anatomical site, which may pose diagnostic challenges by mimicking both benign and malignant bone lesions in routine clinical and pathological practice.

Keywords: Osteoblastoma; Ribs; Osteoid osteoma; Osteosarcoma; Osteogenic tumors.

1. GIỚI THIỆU

U nguyên bào xương chiếm khoảng 1% tổng số u xương nguyên phát [1]. Bệnh thường gặp ở người trẻ, với đỉnh tuổi mắc ở khoảng 10 - 30 tuổi và có xu hướng gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ khoảng 2:1 [1, 2]. U nguyên bào xương thường gặp nhất ở cột sống (30%), xương hàm dưới (10%) và xương đùi (14%) [1-5]. Sự xuất hiện của u nguyên bào xương tại xương sườn rất hiếm, được ghi khoảng 2 - 4% [1, 2]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ, 41 tuổi, có u nguyên bào xương ở xương sườn, kèm tình trạng chèn ép và dày màng phổi kế cận. Bài báo nhằm làm rõ đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học của tổn thương hiếm gặp này cùng với các đặc điểm giúp phân biệt với các tổn thương tạo xương khác có đặc điểm tương tự.

2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 41 tuổi, nhập viện vì đau vùng hông lưng trái kéo dài nhiều tháng. Cơn đau âm ỉ tăng dần theo thời gian, không nặng về đêm, và không đáp ứng với thuốc kháng viêm không steroid (NSAID). Trên X quang ghi nhận tổn thương tăng đậm độ, chông hình ở cung sườn sau số 9 bên trái.

Chụp cắt lớp vi tính cho thấy các tổn thương tăng đậm độ, không đồng nhất vùng vỏ - tuỷ xương tại các cung sườn sau số 9 bên trái, giới hạn tương đối rõ, bờ dạng thùy, không có phản ứng màng xương dạng "tia loé mặt trời", kích thước khoảng 4,1 × 3,9 cm. Khối u gây chèn ép mô mềm lân cận và dày màng phổi bên trái (Hình 1). Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nạo bỏ toàn bộ u.



Hình 1. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy các tổn thương tăng đậm độ, không đồng nhất vùng vỏ - tuỷ xương tại các cung sườn sau số 9 bên trái, giới hạn tương đối rõ, bờ dạng thùy

Đánh giá đại thể ghi nhận nhiều mẫu mô vụn, màu nâu đỏ, mật độ cứng như xương, tổng kích thước khoảng 4 cm. Hình ảnh vi thể ghi nhận tổn thương giới hạn rõ gồm các bè xương non mảnh, sắp xếp kết nối với nhau, được bao quanh bởi viền nguyên bào xương. Mô đệm lỏng lẻo, giàu mạch máu với nhiều lòng mạch giãn rộng, sung huyết. Các bè xương không đồng nhất, có vùng chủ yếu lắng đọng chất dạng xương, có vùng khoáng hoá nhiều tạo thành các mảng xương lớn và có các đường xê măng (cement lines). Các nguyên bào xương có hình đa diện, nhân bầu dục, sáng, có hạt nhân nhỏ và tương đối đồng dạng. Không kèm hoại tử u, không có phân bào hay phân bào bất thường (Hình 2).

Từ những dữ kiện lâm sàng, hình ảnh học và đặc điểm giải phẫu bệnh phù hợp với chẩn đoán u nguyên bào xương.

3. BÀN LUẬN

U nguyên bào xương là loại u xương hiếm gặp, chiếm dưới 1% các khối u xương nguyên phát và ít gặp hơn so với u xương dạng xương [1, 3]. Bệnh thường xuất hiện ở người trẻ, với tỷ lệ cao nhất trong khoảng 10 - 30 tuổi, nhưng độ tuổi có thể trải dài từ 6 tháng đến 75 tuổi và gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ khoảng 2:1 [1, 2]. U nguyên bào xương có thể xuất hiện ở nhiều vị trí khác nhau của hệ xương. Tuy nhiên các vị trí thường gặp nhất là cột sống, xương hàm dưới và xương đùi [1, 2, 4, 5]. Tổn thương ở xương sườn tương đối hiếm, khoảng 1 - 2%, trong trường hợp u nguyên bào xương được báo cáo trong y văn [1, 2]. Do đó, khi gặp một tổn thương xương sườn ở người trưởng thành, đặc biệt là bệnh nhân nữ lớn tuổi, chẩn đoán u nguyên bào xương thường không được nghĩ đến đầu tiên.

Trên lâm sàng, u nguyên bào xương thường biểu hiện bằng đau khu trú kéo dài, mức độ từ âm ỉ đến vừa, không có tính chất đau tăng về đêm và thường không đáp ứng với thuốc kháng viêm không steroid như u xương dạng xương (osteoid osteoma). Các biểu hiện lâm sàng khác phụ thuộc vào vị trí tổn thương, ví dụ các khối u ở cột sống có thể gây đau lưng, vẹo cột sống hoặc chèn ép thần kinh. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân biểu hiện chủ yếu bằng đau âm ỉ khu trú tại vùng hông lưng trái, phù hợp với đặc điểm lâm sàng đã được mô tả trong y văn [1-5].

Về mặt mô bệnh học, u nguyên bào xương được đặc trưng bởi tổn thương có bờ dầy, giới hạn rõ với mô xung quanh, gồm các bè xương non mảnh, sắp xếp kết nối với nhau, được viền bởi một lớp nguyên bào xương [1-5]. Các khoảng gian bè, là mô liên kết lỏng lẻo giàu mạch máu với các mao mạch giãn rộng, chứa các nguyên bào sợi, nguyên bào tạo xương, và

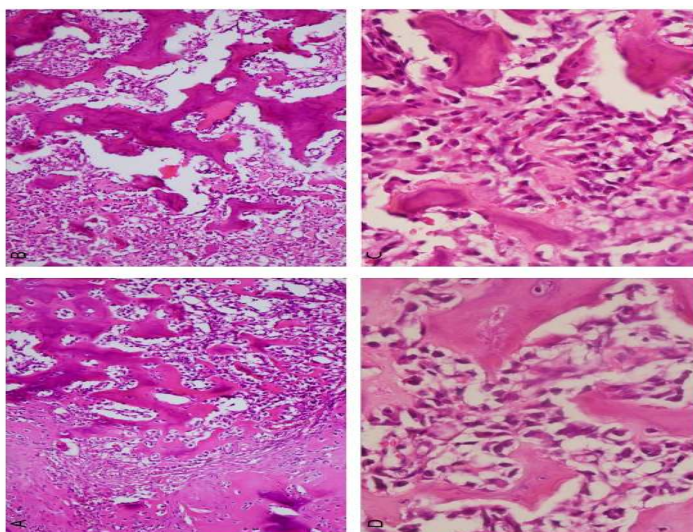
các tế bào khổng lồ đa nhân giống huỷ cốt bào nằm rải rác [3-5]. Các nguyên bào xương có hình đa diện, nhân tròn hoặc hình bầu dục, đồng dạng, nhân sáng, có hạt nhân nhỏ [5]. Thường các nguyên bào xương này không tạo thành mảng hay ổ đặc chiếm đầy các khoảng gian bè như dạng biểu mô (epithelioid osteoblastoma) [4, 5]. Các bè xương có các mức độ khoáng hoá khác nhau, gồm chất dạng xương đến các xương non khoáng hoá cao tạo thành nhiều đường xê măng hay kiểu hình dạng paget (pagetoid appearance) [3-5]. Tổn thương có tỉ lệ phân bào thấp và không có phân bào bất thường [1-5]. Đặc điểm lắng đọng chất dạng xương kiểu lưới và biệt hoá sụn rất hiếm hiện diện trong u nguyên bào xương [2-5].

Thuật ngữ u nguyên bào xương dạng tiến triển (aggressive osteoblastoma) được Dorfman [6] đề xuất lần đầu vào năm 1973 nhằm mô tả các khối u có hành vi sinh học trung gian giữa u nguyên bào xương điển hình và sarcom tạo xương (osteosarcoma), có diễn tiến lâm sàng xâm lấn hơn dạng điển hình. Với vi thể đặc trưng bởi sự hiện diện của các nguyên bào xương dạng biểu mô, kích thước lớn, gấp đôi kích thước nguyên bào xương bình thường, có bào tương nhiều ái toan và nhân lớn tròn nằm lệch sang bên với hạt nhân rõ, tạo thành đám hoặc ổ đặc lấp đầy các khoảng gian bè, và có ít phân bào nhưng không có phân bào không điển hình [3-5, 7]. Các đặc điểm này không hằng định tiên lượng các trường hợp có diễn tiến lâm sàng nặng trong u nguyên bào xương. Ngược lại, các u có đặc điểm phá huỷ tại chỗ nổi bật, kích thước u > 4 cm và tái phát nhiều

có thể không tương quan với đặc điểm hình thái tế bào dạng biểu mô [3]. Thực thể này cũng hiếm khi chuyển dạng ác tính và cho di căn xa [3, 8, 9]. Do đó, hiện nay thuật ngữ “u nguyên bào xương dạng biểu mô” (epithelioid osteoblastoma) được khuyến khích sử dụng hơn theo bảng phân loại của mới nhất WHO 2020 [3], thay vì dùng thuật ngữ “u nguyên bào xương dạng tiến triển”.

Việc xác lập chẩn đoán u nguyên bào xương trên ca bệnh của chúng tôi đặt ra một thách thức lớn do sự kết hợp của nhiều yếu tố không điển hình: bệnh nhân nữ, độ tuổi lớn (41 tuổi), vị trí hiếm gặp như xương sườn và hình ảnh học có dấu hiệu xâm lấn như xâm lấn mô mềm và dày dính màng phổi. Trên giải phẫu bệnh ghi nhận tổn thương giới hạn rõ gồm các bè xương non mảnh, sắp xếp kết nối với nhau, được bao quanh bởi viền nguyên bào xương. Mô đệm lỏng lẻo, giàu mạch máu với nhiều lòng mạch giãn rộng, sung huyết. Các bè xương không đồng nhất với nhiều vùng khoáng hoá nhiều tạo thành các mảng xương lớn và có các đường xê măng (cement lines). Các nguyên bào xương hình đa diện, nhân bầu dục, sáng, có hạt nhân nhỏ và tương đối đồng dạng. Không kèm hoại tử u, không có phân bào hay phân bào bất thường (Hình 2).

Kết hợp các yếu tố lâm sàng, hình ảnh học, mô học u thuộc nhóm tổn thương sinh xương, chúng tôi đã tiến hành phân tích một cách hệ thống giữa ba thực thể nằm trong cùng một phổ bệnh lý nhưng có tiên lượng hoàn toàn khác biệt, đó là: u xương dạng xương, u nguyên bào xương và sarcom tạo xương.



Hình 2. (A,B) Hình ảnh bè xương dạng tấm được bao quanh bởi các nguyên bào xương với mô đệm giàu mạch máu (H&E 4x). **(C,D)** Hình ảnh các tế bào nguyên bào xương có kích thước lớn, nhân lệch một phía, hạt nhân rõ nhưng tương đối đồng dạng (H&E 10x)

U xương dạng xương (osteoid osteoma) là tân sinh lành tính thuộc u sinh xương với hình ảnh vi thể giống với u nguyên bào xương [3-5]. Về mặt sinh học phân tử, cả hai thực thể này được xem là cùng thuộc một phổ tân sinh tạo xương do chia sẻ chung đặc điểm tái sắp xếp gen FOS [3, 10]. Tuy nhiên, mặc dù có sự tương đồng về cấu trúc vi thể, chúng tôi đã loại trừ u xương dạng xương dựa trên ba phương diện chính: kích thước, lâm sàng và hình ảnh học.

Thứ nhất, về kích thước tổn thương: theo bảng phân loại của WHO 2020 [3], mốc 2 cm là tiêu chuẩn để phân định hai thực thể này. Trong khi u xương dạng xương hầu như không bao giờ vượt quá ngưỡng trên, khối u trong ca bệnh này có kích thước thực tế lên tới 4,1 cm. Thứ hai, về đặc điểm lâm sàng: bệnh nhân của chúng tôi không ghi nhận triệu chứng điển hình của u xương dạng xương là: đau khu trú, đau tăng về đêm và đáp ứng với NSAID [3-5]. Ngược lại, cơn đau của bệnh nhân mang tính chất âm ỉ và kéo dài, thường thấy trong các khối u có kích thước lớn và khả năng chèn ép mô xung quanh. Thứ ba, về hình ảnh học: u xương dạng xương điển hình thường đi kèm với viền xương phản ứng dày bao quanh ổ tổn thương nhưng lại không ghi nhận được trên phim cắt lớp vi tính của ca bệnh này. Thay vào đó là hình ảnh khối u sinh xương có xu hướng chèn ép mô mềm và dày màng phổi lân cận. Chính sự khác biệt về kích thước và tiềm năng tăng sinh này có ý nghĩa tiên lượng cực kỳ quan trọng trong chẩn đoán [3]. Bởi vì so với u xương dạng xương, u nguyên bào xương có đặc điểm tiến triển tại chỗ như phá hủy xương đáng kể, chèn ép vào mô mềm, và có tỉ lệ tái phát tại chỗ cao hơn [3-5]. Do đó, u nguyên bào xương hiện nay được xếp vào nhóm tân sinh giáp biên hay hành vi sinh học không xác định theo phân loại của WHO 2020 [3], với khả năng tái phát tại chỗ cao và đòi hỏi một chiến lược phẫu thuật triệt để hơn.

Dựa vào đặc điểm u tạo xương > 4 cm, trên bệnh nhân lớn tuổi, vị trí không điển hình thì chẩn đoán phân biệt quan trọng khác cần được loại trừ là sarcom tạo xương. Điểm khác biệt cốt lõi nằm ở tính chất xâm lấn và đặc điểm hình thái tế bào. Về tính chất xâm lấn: sarcom tạo xương thường có bờ tổn thương không rõ, xâm lấn kiểu thấm nhập vào các bề xương trưởng thành và mô mềm xung quanh, thì trong ca bệnh này lại cho thấy ranh giới khá rõ với mô xung quanh [3-5]. Đặc điểm “sự trưởng thành ở ngoại vi” nơi các bề xương ở rìa tổn thương có xu hướng khoáng hóa tốt và trật tự hơn là bằng chứng quan

trọng ủng hộ tính lành tính của khối u [3]. Ngược lại, sarcom tạo xương thường thiếu sự trưởng thành này và biểu hiện sự dị dạng tế bào lan tỏa, nhân tăng sắc, nhiều phân bào và hiện diện phân bào bất thường [3-5]. Ngoài ra, sarcom tạo xương vẫn có kiểu mô học giống u nguyên bào xương (osteoblastoma-like), với các tế bào u ít dị dạng hơn và viền quanh các bề xương non tân sinh, nhưng đặc điểm quan trọng của sarcom tạo xương là bờ tổn thương không rõ, kiểu thấm nhập vào xương hoặc mô mềm xung quanh, với các tế bào u ăn lan vào các bề xương trưởng thành [3-5]. Đôi khi u nguyên bào xương cũng có các đặc điểm mô học có thể nhầm là ác tính như lắng đọng chất dạng xương kiểu lưới, mật độ tế bào cao, phân bào nhiều hơn, kiểu hình dạng biểu mô, không điển hình kiểu thoái hoá (degenerative atypia), hoặc có vùng biệt hoá sụn [3-5]. Tuy nhiên, các đặc điểm này thường xuất hiện riêng lẻ và khu trú trên một khối u mà những vùng khác có mô học điển hình của u nguyên bào xương [4]. Ở ca bệnh của chúng tôi không ghi nhận các đặc điểm mô học nêu trên.

Về vai trò của hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử có thể hỗ trợ trong trường hợp u nguyên bào xương có đặc điểm dễ nhầm lẫn trong chẩn đoán. Sự hiện diện của tái sắp xếp gen FOS là một công cụ hỗ trợ có giá trị cao, vì dấu ấn này xuất hiện trong u nguyên bào xương nhưng lại vắng mặt trong sarcom tạo xương [3]. Ngoài ra, hoá mô miễn dịch với dấu ấn β -catenin có thể hỗ trợ phân biệt giữa hai thực thể này, với u nguyên bào xương biểu hiện β -catenin ở nhân trong khi sarcom tạo xương biểu hiện ở bào tương hoặc màng tế bào [11]. Kết hợp các dữ liệu trên, dù hình ảnh học tại xương sườn có dấu hiệu chèn ép mô lân cận, nhưng bản chất vi thể sự thiếu vắng các đặc điểm dị dạng ác tính cho phép chúng tôi loại trừ sarcom tạo xương, tránh cho bệnh nhân một cuộc đại phẫu và hóa trị không cần thiết.

Trong trường hợp của chúng tôi, khảo sát trên toàn bộ các lát cắt đều cho thấy sự đồng dạng của các nguyên bào xương, không tạo cấu trúc ổ hoặc đám tế bào, hoàn toàn không có hiện tượng lắng đọng chất dạng xương kiểu lưới, biệt hóa sụn, không có phân bào bất thường hay hoại tử u. Đây là những tiêu chuẩn ủng hộ cho chẩn đoán u nguyên bào xương dù bệnh nhân lớn tuổi, vị trí tổn thương không điển hình và hình ảnh học có đặc điểm xâm lấn, chèn ép cơ quan xung quanh. Bảng 1 trình bày các đặc điểm chính trong lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh phân biệt giữa ba u sinh xương này.

Bảng 1. Tóm tắt đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh của u xương dạng xương, u nguyên bào xương và sarcom tạo xương [3-5]

	U xương dạng xương	U nguyên bào xương	Sarcom tạo xương
Lâm sàng	Chủ yếu ở xương dài, đặc biệt là xương đùi, ít hơn ở xương cột sống và xương bàn tay - bàn chân. Thường gặp từ 5 - 25 tuổi. Triệu chứng điển hình là đau, không liên tục, mức độ nhẹ nhưng đau tăng về đêm, và dữ dội đến mức ảnh hưởng đến giấc ngủ. Đáp ứng với NSAID.	Chủ yếu ở xương cột sống (ngành sau), xương hàm dưới và xương đùi. Thường gặp từ 10 - 20 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường có đau nhưng không tăng về đêm và không giảm với NSAID.	Chủ yếu ở xương dài của chi (đầu xa xương đùi, đầu gần xương chày và xương cánh tay, vị trí có đĩa tăng trưởng phát triển mạnh nhất). Gồm 2 đỉnh tuổi, 14 - 18 tuổi và > 40 tuổi. Bệnh sử ngắn (vài tuần-vài tháng) gồm đau, khối lớn dần, hạn chế vận động các khớp xung quanh.
Hình ảnh học	Tổn thương huỷ xương giới hạn rõ, < 2 cm với viền xương xơ hoá ở ngoại vi. Có thể vôi hoá ở trung tâm với vùng sáng/thấu quang bao xung quanh. Có hình ảnh dày vỏ xương khi tổn thương ở vỏ xương dài.	Tổn thương huỷ xương giới hạn rõ, > 2 cm, có viền xương xơ hoá phản ứng. Có thể vôi hoá không đồng nhất bên trong và mức độ xương xơ hoá phản ứng có thể ít hoặc không có. Do đó không có hình ảnh điển hình như trong u xương dạng xương.	Tổn thương huỷ xương kết hợp vôi hoá lan toả dạng thẩm nhập, giới hạn kém. Có phá hủy vỏ xương không giãn nở và phản ứng màng xương, tạo thành hình ảnh vỏ hành hoặc hình tia loé mặt trời. Có thể xâm lấn ra ngoài mô mềm xung quanh.
Giải phẫu bệnh	Tổn thương gồm các bè xương kết nối với nhau và mức độ khoáng hoá thay đổi. Các bè xương mảnh sắp xếp thành mạng lưới rối rắm ngẫu nhiên. Các bè xương có 1 lớp nguyên bào đặc điểm không điển hình. Trung tâm tổn thương có sự khoáng hoá nhiều hơn so với ngoại vi. Viền xương xơ hoá phản ứng có giới hạn rõ so với tổn thương và không có hình ảnh thẩm nhập vào mô xương bình thường.	Tổn thương giới hạn rõ gồm các bè xương non mảnh, kết nối nhau, được viền bởi 1 lớp nguyên bào xương đa diện. Bè xương có mức độ khoáng hoá thay đổi, từ chất dạng xương đến xương non khoáng hoá đặc với nhiều đường cement. Mô đệm lỏng lẻo và giàu mạch máu với các mạch máu loại mao mạch giãn rộng. Rải rác đại bào dạng huỷ cốt bào. Đôi khi có thể có lắng đọng chất dạng xương kiểu lưới hay biệt hoá sụn khu trú. Không có hình ảnh thẩm nhập/rậm nhấm xương, không thấy phân bào bất thường.	Tổn thương có bờ không rõ, các tế bào u xâm lấn kiểu thẩm nhập vào các bè xương bình thường và mô mềm xung quanh. Tế bào u thường dị dạng, nhân tăng sắc, nhiều phân bào và hiện diện phân bào bất thường. Sự hình thành chất dạng xương kiểu lưới xung quanh các tế bào u.

Việc chẩn đoán chính xác tổn thương này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng. U nguyên bào xương nên được điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật cắt rộng hoàn toàn khối u do có nguy cơ tái phát tại chỗ cao hơn so và chuyển dạng ác tính [9, 12]. Ở ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân được sử dụng phương pháp nạo u thay vì phẫu thuật cắt rộng, vì thế bệnh nhân cần được theo dõi lâu dài sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, khi tổn thương xuất hiện ở các vị trí hiếm gặp như xương sườn, đặc biệt ở

người trưởng thành, việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh đóng vai trò quyết định trong việc xác định chẩn đoán chính xác và tránh nhầm lẫn với các khối u ác tính của xương.

4. KẾT LUẬN

U nguyên bào xương ở xương sườn là tổn thương hiếm gặp và có thể gây khó khăn trong chẩn đoán do dễ nhầm lẫn với các khối u xương khác, như u xương dạng xương và sarcom tạo xương kiểu giống u

nguyên bào xương. Đặc điểm mô học của u nguyên bào xương khá tương tự với các loại u này. Do đó, chẩn đoán các tổn thương ở xương cần chẩn đoán phối hợp giữa các yếu tố lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh. Việc phân biệt u nguyên bào xương với u xương dạng xương và sarcom tạo xương có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và chiến lược điều trị của các thực thể này hoàn toàn khác nhau. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u là phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên cần theo dõi lâu dài do nguy cơ tái phát có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berry M, Mankin H, Gebhardt M, Rosenberg A, Hornicek F, Gebhardt MC, et al. Osteoblastoma: A 30-year study of 99 cases. *J Surg Oncol.* 2008;98(3):179-83.
2. Lucas DR, Unni KK, McLeod RA, O'Connor MI, Sim FH. Osteoblastoma: Clinicopathologic study of 306 cases. *Hum Pathol.* 1994;25(2):117-34.
3. WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Soft Tissue and Bone Tumours.* 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
4. Czerniak B. Dorfman and Czerniak's Bone Tumors. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
5. Unni KK, Inwards CY, Bridge JA, Kindblom LG, Wold LE. *Tumors of the Bones and Joints.* Washington (DC): American Registry of Pathology; 2005.
6. Dorfman HD, Weiss SW. Borderline osteoblastic tumors: Problems in the differential diagnosis of aggressive osteoblastoma and low-grade osteosarcoma. *Semin Diagn Pathol.* 1984;1(3):215-34.
7. Della Rocca C, Huvos AG. Osteoblastoma: Varied histological presentations with a benign clinical course. An analysis of 55 cases. *Am J Surg Pathol.* 1996;20(7):841-50.
8. Kunze E, Enderle A, Radig K, Schneider-Stock R, Günther K, Linke R, et al. Aggressive osteoblastoma with focal malignant transformation and development of pulmonary metastases. A case report with a review of literature. *Gen Diagn Pathol.* 1996;141(5-6):377-92.
9. Mesfin A, Boriani S, Gambarotti M, Bandiera S, Ruggieri P, Gasbarrini A, et al. Can osteoblastoma evolve to malignancy? A challenge in the decision-making process of a benign spine tumor. *World Neurosurg.* 2020;136:150-156.
10. Baumhoer D, Amary F, Flanagan AM. An update of molecular pathology of bone tumors: Lessons learned from investigating samples by next-generation sequencing. *Genes Chromosomes Cancer.* 2019;58(2):88-99.
11. Wan Y, Zhao W, Jiang Y, Liu D, Meng G, Cai Y, et al. β -Catenin is a valuable marker for differential diagnosis of osteoblastoma and osteosarcoma. *Hum Pathol.* 2014;45(7):1459-65.
12. Sağlık Y, Atalar H, Yildiz Y, Basarir K, Ereku S, Sağlam Y, et al. Surgical treatment of osteoblastoma: A report of 20 cases. *Acta Orthop Belg.* 2007;73(6):747-53.