

Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột

Nguyễn Duy Thịnh^{1,2}, Nguyễn Trần Bảo Song¹, Ngô Quý Trân¹, Trần Thị Nam Phương¹, Lê Vĩ³, Trần Thị Hoàng Liên⁴, Đặng Công Thuận^{1*}

(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Trường Đại học Tây Nguyên

(3) Bệnh viện Ung bướu Khánh Hòa

(4) Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, kiểu hình miễn dịch của u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột. **Đối tượng và phương pháp:** 99 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột tại Bệnh viện K (Hà Nội), Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55 ± 16 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,15, tỉ lệ biến chứng 21,2%, tỉ lệ có triệu chứng B 15,2%; 30,3% được chẩn đoán ở giai đoạn IIE, IV. Trên mô bệnh học hình thái lan tỏa chiếm 100%, tế bào u có kích thước lớn (77,8%), hỗn hợp dạng nguyên tâm bào và dạng nguyên bào miễn dịch chiếm 72,7%. 86% dướiтип tâm mầm có CD10 dương tính, dướiтип hoạt hóa có 45% Bcl6 âm tính và 45% biểu hiện Bcl6, MUM1 dương tính. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về vị trí u, tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ triệu chứng B và giai đoạn giữa u lympho tế bào B lớn lan tỏa dướiтип hoạt hóa và dướiтип tâm mầm. **Kết luận** U lympho tế bào B lớn lan tỏa thường biểu hiện triệu chứng không đặc hiệu. Đặc trưng trên mô bệnh học bởi hình thái lan tỏa của tế bào kích thước lớn, phần lớn là hỗn hợp của nguyên tâm bào và nguyên bào miễn dịch với 4 loại kiểu hình miễn dịch. Có sự chồng lấp về một số đặc điểm lâm sàng giữa dướiтип hoạt hóa và dướiтип tâm mầm.

Từ khóa: triệu chứng B, dướiтип hoạt hóa, dướiтип tâm mầm.

Study on clinical and pathological features of gastrointestinal diffuse large B-cell lymphoma

Nguyễn Duy Thịnh^{1,2}, Nguyễn Trần Bảo Song¹, Ngô Quý Trân¹, Trần Thị Nam Phương¹, Lê Vĩ³, Trần Thị Hoàng Liên⁴, Đặng Công Thuận^{1*}

(1) University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Tay Nguyen University

(3) Khanh Hoa Cancer Hospital

(4) Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Objective: To identify some clinical characteristics, histopathological features, and immunophenotypes of diffuse large B-cell lymphoma in the gastrointestinal tract. **Subjects and Methods:** 99 patients were diagnosed with gastrointestinal Diffuse large B-cell lymphoma at K Hospital (Hanoi), Hue Central Hospital, and Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2021 to June 2023. **Results:** The average age was 55 ± 16 years, with a male/female ratio of 1.15. The complication rate was 21.2%, and the rate of B symptoms was 15.2%. 30.3% were diagnosed at stages IIE and IV. Histopathologically, the diffuse morphology accounted for 100%, with large tumor cells (77.8%), and a mixture of centroblasts and immunoblasts accounting for 72.7%. 86% of the germinal-centre B-cell subtype had CD10 positivity, while the activated B-cell subtype had 45% Bcl6 negativity and 45% Bcl6, MUM1 positivity. There was no significant difference in tumor location, complication rate, B symptoms rate, and stage between the activated B-cell and germinal-centre B-cell subtype of diffuse large B-cell lymphoma. **Conclusion:** Diffuse large B-cell lymphoma often presents with non-specific symptoms. Histopathologically characterized by diffuse morphology of large cells, partly a mixture of centroblasts and immunoblasts, four immunophenotypes. There is an overlap in some clinical characteristics between the activated B-cell and germinal-centre B-cell subtype.

Key words: B symptoms, activated B-cell DLBCL, germinal-centre B-cell DLBCL.

*Tác giả liên hệ: Đặng Công Thuận. Email: dchtuan@huemed-univ.edu.vn

DOI: 10.34071/jmp.2025.3.13

Ngày nhận bài: 9/4/2025; Ngày đồng ý đăng: 15/5/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào B lớn lan tỏa là loại u có đặc điểm sinh học và lâm sàng không đồng nhất, được định nghĩa bởi tiêu chuẩn mô học đặc trưng là hình thái lan tỏa các tế bào lympho B kích thước lớn [1]. Đây làтип thường gặp nhất của các u lympho ở dạ dày - ruột, có thể là u nguyên phát hoặc chuyển dạng từ các nhóm u lympho độ thấp [2]. Các yếu tố dướiтип mô bệnh học, biểu hiện phân tử, tuổi, thể trạng, vị trí u, giai đoạn Lugano là những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ (*overall survival* - OS) và thời gian sống thêm không biến cố (*progression-free survival* - PFS) [3].

Nghiên cứu lâm sàng trong nước gần đây của Nguyễn Thị Thu Hương (2023) và Trần Thắng (2023) cho thấy u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột có thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không biến cố ngắn hơn các u lympho độ thấp khác và dài hơn so với u lympho tế bào T [4, 5]. Các nghiên cứu chuyên sâu về mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của u lympho dạ dày - ruột trong đó có u lympho tế bào B lớn lan tỏa đã được công bố như nghiên cứu của Nguyễn Văn Chủ năm 2005 hay Trần Hương Giang năm 2011 [6, 7, 8]. Các nghiên cứu này sử dụng phân loại 2001 và 2008 của Tổ chức y tế thế giới và cho thấy u lympho tế bào B lớn lan tỏa chiếm tỉ lệ cao nhất.

Nhằm góp phần làm rõ hơn khía cạnh lâm sàng và giải phẫu bệnh củaтип u lympho ở dạ dày - ruột có độ ác tính cao này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: xác định một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, kiểu hình miễn dịch của u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày-ruột và một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

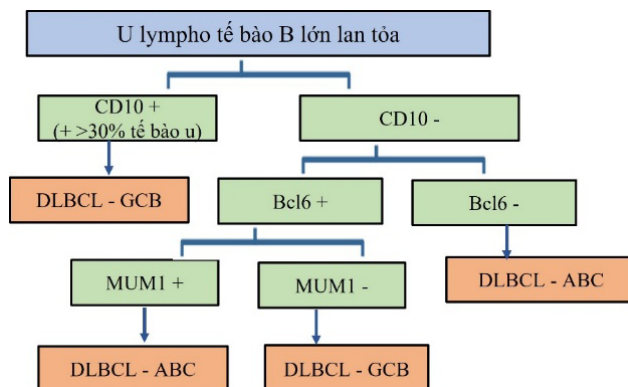
2.1. Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu trên 99 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột đủ tiêu chuẩn để khám và điều trị tại Bệnh viện K (Hà Nội), Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (không xác suất). Chúng tôi loại trừ các trường hợp u lympho tế bào B lớn lan tỏa dạ dày - ruột đã được chẩn đoán trước đó.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán trên mô bệnh học là u lympho ác tính dạ dày - ruột hoặc nghi ngờ u lympho ác tính sẽ được chỉ định hóa mô miễn dịch với các dấu ấn CD3, CD5, CD10, CD20, CD23, CD79a, Bcl-2, Bcl-6, CyclinD1, Ki67, CD4, CD8 và MUM1. Chẩn đoán xác định u lympho tế bào B lớn lan tỏa theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2019 dựa trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Các trường hợp không phải u lympho tế bào B lớn lan tỏa sẽ được loại khỏi mẫu nghiên cứu. Áp dụng công thức Hans theo sơ đồ 1 để phân loại u lympho tế bào lớn lan tỏa thành các dướiтип tế bào B tâm mầm (GCB) và dướiтип tế bào hoạt hóa (ABC). Ghi nhận các đặc điểm của u trên mô bệnh học như hình thái phân bố tế bào u là lan tỏa hay tạo nốt; kích thước thớ tế bào u, hình thái tế bào u là nguyên tâm bào, nguyên bào miễn dịch, hỗn hợp nguyên tâm bào và nguyên bào miễn dịch, tế bào B lớn không biệt hóa; Các thông tin về tuổi, giới, triệu chứng vào viện, vị trí u, đặc điểm đại thể, tình trạng có triệu chứng B, giai đoạn được thu thập từ hồ sơ bệnh án.



Sơ đồ 1. Phân loại dướiтип của u lympho tế bào B lớn lan tỏa theo công thức Hans [9]

Chú thích: DLBCL-ABC: u lympho tế bào B lớn lan tỏa - dướiтип hoạt hóa, DLBCL-GCB: u lympho tế bào B lớn lan tỏa - dướiтип tâm mầm.

2.3. Xử lý số liệu: thực hiện thống kê và tính toán trên Microsoft Excel 2016, R 4.2.1 và RStudio 2022 với mức ý nghĩa $\alpha=0.05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu này đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (giấy chấp thuận: H2022/016).

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 99 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột, chúng tôi có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 55 ± 16 tuổi, có 53 bệnh nhân nam và 46 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,15.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	n	%	Đặc điểm	n	%
Triệu chứng vào viện			Triệu chứng B		
Đau bụng	78	78	Không	84	84,8
Phân máu	6	6	Có	15	15,2
Tiêu chảy	2	2			
Tắc nghẽn	2	2			
Khác	11	11			
Biến chứng			Giai đoạn Lugano		
Không	78	78,8	I	47	47,5
Xuất huyết	5	5	II	22	22,2
Tắc ruột	15	15,2	IIIE	6	6,1
Thủng	1	1	IV	24	24,2
Đặc điểm tổn thương đại thể					
Tổn thương bề mặt	53	53,5	Loét của khối lồi	9	9,1
Khối lồi	15	15,2	Nốt lan tỏa	1	1,0
Loét sùi	20	20,2	Phì đại nếp gấp niêm mạc	1	1,0
Vị trí của u					
Dạ dày	67	67,7	Ruột	32	32,3

Đau bụng, là triệu chứng phổ biến nhất khi bệnh nhân nhập viện (78%), triệu chứng phân máu đứng thứ hai nhưng tỷ lệ thấp (6%). Tỷ lệ biến chứng là 21,2%, trong đó hay gặp nhất là tắc ruột. Tỷ lệ có triệu chứng B là 15,2%. Về giai đoạn bệnh giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,5% trường hợp, giai đoạn IV chiếm 24,2%.

3.2. Đặc điểm mô bệnh học và kiểu hình miễn dịch

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình thái mô học	Lan tỏa	99	100,0
	Nốt/Nang	0	0,0
Kích thước tế bào	Nhỏ	0	0,0
	Trung bình	0	0,0
	Hỗn hợp trung bình và lớn	22	22,2
	Lớn	77	77,8
Hình thái tế bào	Dạng nguyên tâm bào	17	17,2
	Dạng nguyên bào miễn dịch	10	10,1
	Dạng bất thực sản	0	0,0
	Hỗn hợp	72	72,7

Tất cả các trường hợp đều có hình thái lan tỏa (100%). Hầu hết các trường hợp tế bào u có kích thước lớn (77,8%). Hình thái tế bào u chủ yếu là hỗn hợp dạng nguyên tâm bào và dạng nguyên bào miễn dịch (72,7%), tiếp theo là dạng nguyên tâm bào (17,2%) và dạng nguyên bào miễn dịch (10,1%), không có trường hợp dạng bất thực sản.

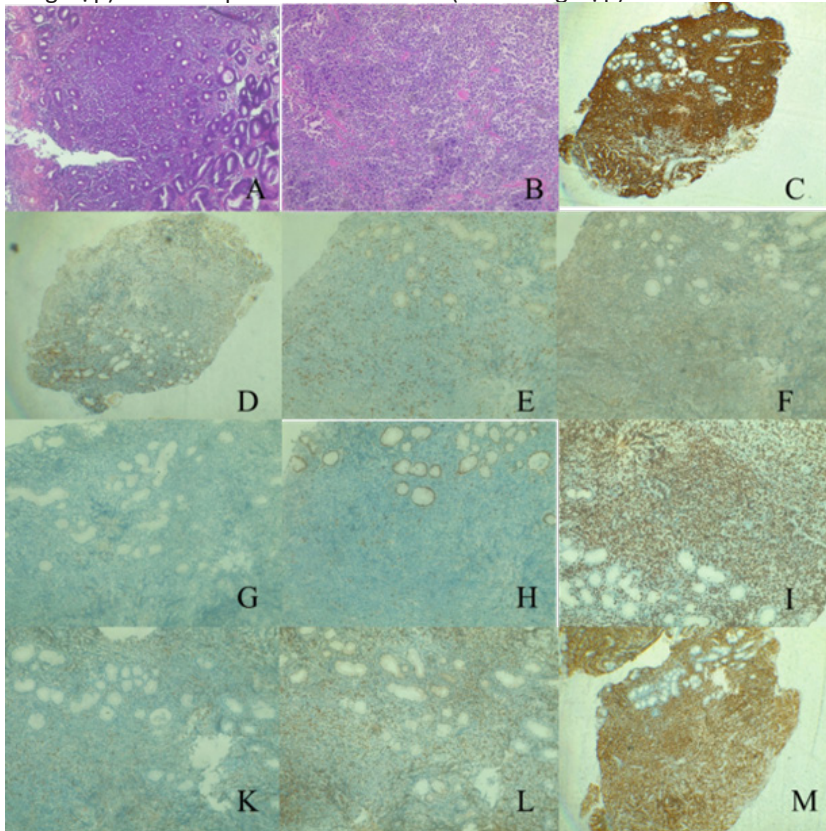
Bảng 3. Kiểu hình miễn dịch của u lympho tế bào B lớn lan tỏa

Dưới típ	Kiểu hình miễn dịch	Ki67(%) $\pm$ SD
DLBCL – dưới típ tế bào B hoạt hóa n = 55	CD20/CD79a+, CD3-, CD10-, Bcl6- (45%) CD20/CD79a+, CD3-, CD10-, Bcl6+, MUM1+ (55%)	73 $\pm$ 15
DLBCL – dưới típ tế bào B tâm mầm n = 44	CD20/CD79a+, CD3-, CD10+ (86%) CD20/CD79a+, CD3-, CD10-, Bcl6+, MUM1- (14%)	69 $\pm$ 15

Viết tắt: DLBCL: Diffuse Large B-Cell Lymphoma (U lympho tế bào B lớn lan tỏa)

DLBCL - dưới típ tế bào B hoạt hóa có hai kiểu hình miễn dịch, trong đó kiểu hình có CD10-, Bcl6- chiếm 45% và kiểu hình có CD10-, Bcl6+, MUM1+ chiếm 55%. DLBCL – dưới típ tế bào B tâm mầm cũng có hai loại kiểu hình, trong đó kiểu hình có CD10+ chiếm 86% và kiểu hình CD10- chiếm 14%. Chỉ số Ki67 ở DLBCL - dưới típ tế bào B hoạt hóa cao hơn so với DLBCL – dưới típ tế bào B tâm mầm, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,274$).

Áp dụng công thức Hans, chúng tôi phân loại u lympho tế bào B lớn lan tỏa thành hai dưới típ tế bào B hoạt hóa (55 trường hợp) và dưới típ tế bào B tâm mầm (44 trường hợp).



Hình 1. Kết quả nhuộm HE và hóa mô miễn dịch u lympho tế bào lớn lan tỏa, dưới típ tế bào B tâm mầm.

Nguồn: mẫu nghiên cứu

A. HE x40, B. HE x100, C. CD20 dương tính, D. CD3 âm tính, E. CD5 âm tính, F. CD10 dương tính, G. CD23 âm tính, H. Cyclin D1 âm tính, I. Ki67 dương tính 70%, K. Bcl2 âm tính, L. Bcl6 dương tính, M. CD79a dương tính.

Bảng 4. Liên quan của dưới típ với một số đặc điểm lâm sàng

	DLBCL - dưới típ tế bào B hoạt hóa n = 55	DLBCL - dưới típ tế bào B tâm mầm n = 44	p
Vị trí			
Dạ dày	41	27	0,24
Ruột	14	17	
Biến chứng			
Không	44	35	1,0
Có biến chứng	11	9	
Triệu chứng B			
Không	44	40	0,22
Có	11	4	
Giai đoạn Lugano			
I, II	35	34	0,42
IIE, IV	20	10	

Tỉ lệ phân bố ở dạ dày/ruột của DLBCL - dưới típ tế bào B hoạt hóa là 2,9 và của DLBCL - dưới típ tế bào B tâm mầm là 1,6, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỉ lệ có biến chứng ở cả hai dưới típ là 0,2. Tỉ lệ có triệu chứng B ở DLBCL - dưới típ tế bào B hoạt hóa là 0,2 cao hơn so DLBCL - dưới típ tế bào B tâm mầm là 0,1. Giai đoạn muộn (giai đoạn IIE, IV) ở DLBCL - dưới típ tế bào B hoạt hóa cũng cao hơn so với DLBCL - dưới típ tế bào B tâm mầm (0,36 và 0,23). Tuy nhiên cả hai sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu của Vũ Thanh Huyền từ năm 2019 đến 2022 ở Bệnh viện K cho thấy độ tuổi thường gặp nhất của ULP không Hodgkin ở đường tiêu hóa là từ 50 - 70 tuổi (59,8%), trung bình $54,62 \pm 12,69$ [10]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy lứa tuổi mắc bệnh tương tự.

Bệnh nhân u lympho dạ dày - ruột nói chung thường biểu hiện với các triệu chứng không đặc hiệu giống như những bệnh lý phổ biến ở dạ dày - ruột như là đau bụng hoặc khó chịu ở vùng thượng vị, biếng ăn, sụt cân, buồn nôn và/hoặc nôn, xuất huyết tiêu hóa thể ẩn và no sớm. Các triệu chứng B toàn thân (sốt, sụt cân, đổ mồ hôi đêm) ít gặp hơn [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước với biểu hiện là những triệu chứng không đặc hiệu, trong đó hay gặp nhất là đau bụng. Nghiên cứu của Xiao-Hong Liu thì u lympho tế bào B lớn lan tỏa có tỉ lệ biến chứng cao hơn so với các típ u lympho dạ dày - ruột khác [12]. Vị trí u chủ yếu được tìm thấy trong dạ dày

(67/99 trường hợp), 32/99 trường hợp ở ruột non. Các dạng hình ảnh nội soi khác nhau của u lympho tế bào B lớn lan tỏa dạ dày đã được báo cáo. Hầu hết các u lympho tế bào B lớn lan tỏa trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương kiểu bề mặt. Trong một nghiên cứu khác, khối u biểu hiện dưới dạng polyp, nốt, loét, trợt, thâm nhiễm lan tỏa, phù nề nếp gấp và các loại hỗn hợp [13]. Kyoungwon Jung không phát hiện ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa u lympho tế bào B lớn lan tỏa dạ dày nguyên phát và thứ phát dưới nội soi. Loại loét thâm nhiễm chiếm ưu thế ở cả hai nhóm, tiếp theo là dạng hỗn hợp [14]. Về giai đoạn bệnh giai đoạn I, II chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,7% trường hợp, giai đoạn IIE, IV chiếm 30,3%. Nghiên cứu gần đây của Trần Thắng về u lympho dạ dày - ruột cho kết quả giai đoạn I, II chiếm 65,1% và giai đoạn IIE, IV chiếm 34,9% [15].

4.2. Đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp ULP tế bào B lớn lan tỏa đều có hình thái lan tỏa (100%), hầu hết các trường hợp tế bào u có kích thước lớn (77,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hình thái tế bào u chủ yếu là hỗn hợp dạng nguyên tâm bào và dạng nguyên bào miễn dịch (63,4%), tiếp theo là dạng nguyên tâm bào (16,1%) và dạng nguyên bào miễn dịch (9,8%), không có trường hợp hình thái bất thực sản. ULP tế bào B lớn lan tỏa có 3 hình thái tế bào, bao gồm *dạng nguyên tâm bào* (là những tế bào có kích thước trung bình đến lớn với nhân tròn hoặc bầu dục, nhân có hốc, chứa 2 - 4 hạt nhân nằm sát màng nhân, bào tương hẹp), *dạng nguyên bào miễn dịch* (là những tế bào có một hạt nhân nằm ở trung tâm, bào tương hẹp bắt màu kiềm) và *dạng bất thực sản* (các tế bào u có kích

thước lớn và rất lớn với nhân quái dị, có thể giả hình ảnh tế bào Reed-stenberg trong ULP Hodgkin). Để chẩn đoán hình thái dạng nguyên tâm bào và dạng nguyên bào miễn dịch phải có trên 90% tế bào u có hình thái của mỗi loại [16].

Tế bào u trong ULP được định nghĩa có kích thước lớn khi có nhân tối thiểu bằng kích thước nhân của đại thực bào hoặc tối thiểu bằng 2 lần đường kính của tế bào lympho bình thường. Những tế bào với nhân có kích thước lớn hơn đường kính 1 tế bào lympho bình thường và nhỏ hơn đường kính của 2 tế bào lympho được xem là có kích thước trung bình. Những tế bào u có kích thước ngang bằng với đường kính của 1 tế bào lympho bình thường được xem là có kích thước nhỏ [17, 18]. Theo y văn cũng như các nghiên cứu trước đây, u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột có đặc điểm mô bệnh học giống như u lympho tại hạch với các tế bào u có kích thước lớn, hình thái xâm nhập lan tỏa [2]. Trong nghiên cứu trên 15 trường hợp u lympho tế bào B lớn ở dạ dày - ruột, tác giả Cristian đã mô tả các tế bào u có kích thước lớn với hình thái tế bào chủ yếu là dạng nguyên tâm bào (80%) [19]. Trong nghiên cứu của tác giả Hori trên 25 trường hợp u ở đại tràng, kết quả cho thấy tất cả các trường hợp có tế bào u xâm lấn lan tỏa với hình thái dạng nguyên tâm bào xen lẫn dạng nguyên bào miễn dịch [20]. Các báo cáo khác của Ramachandran hay Sungoro cũng cho thấy tế bào u có hình thái hỗn hợp nguyên tâm bào và nguyên bào miễn dịch [21, 22].

U lympho tế bào B lớn lan tỏa, được chia thành 2 dưới típ. Dưới típ tế bào B tâm mầm (GCB) có kiểu hình gene liên quan với các tế bào có nguồn gốc từ tâm mầm của nang lympho, được tạo ra bởi đột biến t(14;18)(q32;q21) và các đột biến của các gene phụ trách quá trình phát triển của tâm mầm lympho. Dưới típ tế bào B hoạt hóa (ABC), có nguồn gốc từ các tế bào tâm mầm đã thoát ra quá trình biệt hóa

ở tâm mầm. Các tế bào này được đặc trưng bởi sự phụ thuộc vào chu trình tín hiệu BCR và hoạt động NFκB, chúng âm tính với hầu hết các dấu ấn của tế bào tâm mầm và bộc lộ dấu ấn IRF4/MUM1 [23]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với dưới típ dưới típ tế bào B tâm mầm, 86% bộc lộ dấu ấn CD10, 78% bộc lộ dấu ấn Bcl6 và 26% bộc lộ dấu ấn MUM1. Đối với dưới típ dưới típ tế bào B hoạt hóa 2% các trường hợp có bộc lộ dấu ấn CD10 với tỉ lệ < 30% tế bào u, 55% bộc lộ dấu ấn Bcl6 và 85% bộc lộ dấu ấn MUM1. Tỉ lệ giữa 2 nhóm dưới típ tế bào B tâm mầm và dưới típ tế bào B hoạt hóa là 44,4%/55,6%. Tỉ lệ này thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau. Trong nghiên cứu của tác giả Zizhen Zhang trên 151 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở ống tiêu hóa, 31,8% được phân loại là dưới típ tâm mầm, 68,2% được phân loại là dưới típ tế bào B hoạt hóa [24]. Trong nghiên cứu của tác giả Babu Suresh có 52,4% u lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày-ruột thuộc dưới típ tế bào B tâm mầm và 47,6% thuộc dưới típ tế bào B hoạt hóa [25]. Khi so sánh các đặc điểm về vị trí u, tỉ lệ có biến chứng, tỉ lệ có triệu chứng B và giai đoạn bệnh, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai dưới típ của u lympho tế bào B lớn lan tỏa.

5. KẾT LUẬN

U lympho tế bào B lớn lan tỏa ở dạ dày - ruột có triệu chứng chủ yếu là đau bụng; tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ có triệu chứng B là 21,2% và 15,2%; 30,3% trường hợp bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn IIE, IV. 86% dưới típ tâm mầm biểu hiện CD10 dương tính, dưới típ hoạt hóa có 45% biểu hiện Bcl6 âm tính và 45% biểu hiện Bcl6, MUM1 dương tính. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí u, tỉ lệ có biến chứng, tỉ lệ có triệu chứng B và giai đoạn giữa u lympho tế bào B lớn lan tỏa dưới típ tế bào B hoạt hóa và dưới típ tế bào B tâm mầm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Mature B-cell neoplasms. In: *Haematolymphoid tumours*. <https://publications.iarc.who.int/637/>, 2024.
2. Chan JKC, Fukayama M. Haematolymphoid tumours of the digestive system. In: *Digestive system tumours*. WHO Blue Books, 2019.
3. Fan X, Zang L, Zhao B-B, et al. Development and validation of prognostic scoring in primary intestinal diffuse large B-cell lymphoma: a single-institution study of 184 patients. *Ann Transl Med* 2021; 9: 1542–1542.
4. Nguyễn Thị Thu Hương, Vũ Thanh Huyền, Đỗ Huyền Nga. Kết quả điều trị u lympho không Hodgkin tại đường

tiêu hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2023; 524: 29–33.

5. Trần Thắng, Võ Quốc Hoàn, Nguyễn Thị Hoa. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u lympho không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa. *Tạp chí y học Việt Nam* 2023; 2: 166–170.

6. Nguyễn Văn Chủ. Phân loại u lympho ác tính không Hodgkin ở dạ dày ruột theo bảng phân loại năm 2001 của Tổ chức Y tế Thế Giới. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2006; 46: 92–99.

7. Trần Hương Giang, Hứa Thị Ngọc Hà. Đặc điểm giải phẫu bệnh lymphôm đường tiêu hóa. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2011; 15: 74–78.

8. Trần Hương Giang, Hứa Thị Ngọc Hà. Đặc điểm hóa mô miễn dịch lymphôm đường tiêu hóa. *Y Học TP Hồ Chí Minh* 2011; 15: 79–83.
9. Marco Pizzi, Paola Parente, Alberto Bellan, et al. Gastrointestinal lymphoproliferative lesions: a practical diagnostic approach. *Pathologica* 2020; 112: 222–247.
10. Vũ Thanh Huyền, Đỗ Huyền Nga, Nguyễn Thị Thu Hường. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u lympho không Hodgkin biểu hiện đường tiêu hóa. *Vietnam medical journal* 2022; 519: 94–98.
11. Aslan A, Akın S, Babacan T, et al. Gastrointestinal Lymphomas. In: *Textbook of Gastrointestinal Oncology*. Cham: Springer International Publishing, 2019, pp. 329–349.
12. Liu X-H, Chen G, Cao D-D, et al. Comparison of clinical features of patients with or without severe gastrointestinal complications in aggressive gastrointestinal lymphomas. *World J Gastrointest Oncol* 2024; 16: 4409–4423.
13. Zepeda-Gómez S, Camacho J, Oviedo-Cárdenas E, et al. Gastric infiltration of diffuse large B-cell lymphoma: Endoscopic diagnosis and improvement of lesions after chemotherapy. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 4407.
14. Jung K, Jeon HS, Park MI, et al. Differences in Endoscopic Findings of Primary and Secondary Gastric Lymphoma. *kmj* 2020; 35: 114–124.
15. Tran T, Vu TH, Vo HQ, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma: a retrospective study in Vietnam. *Annals of Medicine & Surgery* 2023; 85: 2390–2394.
16. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood* 2016; 127: 2375–2390.
17. King JF, Lam JT. A Practical Approach to Diagnosis of B-Cell Lymphomas with Diffuse Large Cell Morphology. *Arch Pathol Lab Med* 2020; 144: 160–167.
18. Ott G. Aggressive B-cell lymphomas in the update of the 4th edition of the World Health Organization classification of haematopoietic and lymphatic tissues: refinements of the classification, new entities and genetic findings. *Br J Haematol* 2017; 178: 871–887.
19. Cristian M, Aşchie M, Deacu M, et al. Comparison of Ki67 Proliferation Index in Gastrointestinal Non-Hodgkin Large B-Cell Lymphomas: The Conventional Method of Evaluation or AI Evaluation? *Diagnostics* 2023; 13: 2775.
20. Hori Y, Yamamoto H, Nozaki Y, et al. Colorectal diffuse large B-cell lymphoma: molecular subclassification and prognostic significance of immunoglobulin gene translocation. *Hum Pathol* 2020; 96: 67–78.
21. Ramachandran P, Sahni S, Wang JC. De Novo CD5+ Primary Gastrointestinal Diffuse Large B-Cell Lymphoma: Challenges with Treatment and Clinical Course. *J Investig Med High Impact Case Rep* 2019; 7: 232470961989354.
22. Sunggoro AJ, Dwianingsih EK, Utomo BP, et al. A Complicated Case of Diffuse Large B-Cell Lymphoma in an Elderly Presenting with Massive Gastrointestinal Bleeding Successfully Treated with R-mini CHOP. *Case Rep Oncol* 2021; 14: 262–268.
23. Pasqualucci L, Dalla-Favera R. The Genetic Landscape of Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *Semin Hematol* 2015; 52: 67–76.
24. Zhang Z, Shen Y, Shen D, et al. Immunophenotype classification and therapeutic outcomes of Chinese primary gastrointestinal diffuse large B-cell lymphoma. *BMC Gastroenterol* 2012; 12: 77.
25. Suresh B, Asati V, Lakshmaiah KC, et al. Primary gastrointestinal diffuse large B-cell lymphoma: A prospective study from South India. *South Asian J Cancer* 2019; 08: 57–59.