

PITFALLS IN HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSIS OF SCLEROSING PNEUMOCYTOMA ON SMALL BIOPSY AND FROZEN SECTION SPECIMENS: PRACTICAL EXPERIENCE AT PATHOLOGY DEPARTMENT, NATIONAL LUNG HOSPITAL FROM 2021 TO 2023

Tran Thi Tuan Anh^{1*}, Duong Minh Phuong¹, Le Trung Tho^{1,2}

¹National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham Ward, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 20/02/2024

Revised: 21/03/2024; Accepted: 19/04/2024

ABSTRACT

Background: National Lung Hospital is a leading hospital specializing in respiratory diseases and thoracic surgery in Vietnam. The opportunity to access the diagnosis of lung nodules such as sclerosing pneumocytoma (SP) is quite common. This is a rare benign tumor in the lung. The tumor originates from pneumocyte and its histopathological features also create many pitfalls that are easily confused with highly differentiated adenocarcinoma.

Objective: To share experiences in histopathological diagnosis to avoid pitfalls when diagnosing sclerosing pneumocytoma at the Pathology Department – National Lung Hospital from 2021 to 2023, especially small biopsies and frozen section specimens.

Results: Report of 3 cases of sclerosing pneumothorax that were operated on at the National Lung Hospital with distinguishing features in clinical, imaging, small biopsy histology or frozen section specimens, differentiated from adenocarcinoma.

Conclusion: With SP, clinical symptoms and imaging diagnoses are non-specific, and diverse histopathological morphology will create challenges when diagnosing, with the risk of confusion with consolidation lesions or malignant tumors, lead to errors in treatment and prognosis. The physicians need to accumulate knowledge and practice experience to avoid these pitfalls.

Keywords: Lung adenoma; Sclerosing Pneumocytoma; Pitfalls in diagnosing sclerosing pneumocytoma, diagnosing lung nodules.

*Corresponding author

Email address: Drtrananhbvp@gmail.com

Phone number: (+84) 935276255

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1135>

CẠM BÃY TRONG CHẨN ĐOÁN MÔ BỆNH HỌC CỦA U PHẾ BÀO XƠ HÓA TRÊN SINH THIẾT NHỎ VÀ BỆNH PHẨM CẮT LẠNH: KINH NGHIỆM THỰC HÀNH TẠI KHOA GIẢI PHẪU BỆNH, BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG TỪ NĂM 2021 ĐẾN 2023

Trần Thị Tuấn Anh^{1*}, Dương Minh Phương¹, Lê Trung Thọ^{1,2}

¹Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 P. Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/02/2024

Chỉnh sửa ngày: 21/03/2024; Ngày duyệt đăng: 19/04/2024

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh viện Phổi Trung ương là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về bệnh hô hấp và phẫu thuật lồng ngực tại Việt Nam, cơ hội tiếp cận chẩn đoán các nốt phổi như U phế bào xơ hóa (UPBXH) là khá phổ biến. Đây là u lành tính hiếm gặp tại phổi, nguồn gốc u từ phế bào và đặc điểm mô bệnh học u cũng tạo ra nhiều cạm bẫy dễ nhầm lẫn với ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao.

Mục tiêu: Chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán mô bệnh học để tránh các cạm bẫy khi chẩn đoán U phế bào xơ hóa tại Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Phổi Trung ương trong từ năm 2021 đến 2023, đặc biệt là sinh thiết nhỏ và bệnh phẩm cắt lạnh.

Kết quả: Báo cáo 3 trường hợp U phế bào xơ hóa đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương với những đặc điểm cần phân biệt trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, mô bệnh sinh thiết nhỏ hoặc bệnh phẩm cắt lạnh, phân biệt với ung thư biểu mô tuyến.

Kết luận: Với U phế bào xơ hóa, triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu, hình thái mô bệnh học đa dạng sẽ tạo ra thách thức khi chẩn đoán, có nguy cơ nhầm lẫn với tổn thương đông đặc hoặc các khối u ác tính khác dẫn đến sai sót trong xử trí và tiên lượng. Các bác sĩ cần tích lũy kiến thức, kinh nghiệm thực hành để tránh những cạm bẫy này.

Từ khóa: U tuyến phổi; U phế bào xơ phổi xơ hoá; cạm bẫy trong chẩn đoán u phế bào xơ hóa, chẩn đoán các nốt phổi

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phế bào xơ hóa (UPBXH) là u phổi lành tính hiếm gặp, hay gặp ở người trưởng thành, chiếm ưu thế ở phụ nữ. Tuy nhiên, u có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, người bệnh hầu như không có triệu chứng lâm sàng hoặc có một số triệu chứng không đặc hiệu như ho, khô khè hoặc đau ngực [1, 2]. Các khối u thường được phát hiện tình cờ khi tầm soát các khối u phổi thông qua chụp X-quang ngực chuẩn hoặc CT Scanner chuẩn [3]. U không có biến đổi ác tính, về nguồn gốc đã được chứng minh xuất phát từ biểu mô với đặc điểm tế bào u của các phế bào 2.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu nhất, có thể là cắt bỏ u với kỹ thuật cắt tôn thương hoặc cắt thùy phổi. Mô bệnh học sau phẫu thuật có giá trị là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán bệnh, khi hình thái mô bệnh là điển hình thì không cần bổ sung các xét nghiệm hóa mô miễn dịch để chẩn đoán tính đa dạng của hình thái và tính chất mô của u, gây khó khăn cho việc đánh giá chính xác thông qua sinh thiết sinh thiết nhỏ và bệnh phẩm cắt lạnh; đặc biệt khi các tế bào u tạo thành cấu trúc nhú hoặc đặc thì rất dễ nhầm lẫn với ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao, làm cho việc chẩn đoán trở nên phức tạp hơn [4]. Do vậy, việc chẩn đoán chính xác là rất quan trọng để lựa chọn phương án điều trị phù hợp cho người bệnh.

*Tác giả liên hệ

Email: Drtrananhbvp@gmail.com

Điện thoại: (+84) 935276255

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1135>

► CHUYÊN ĐỀ BỆNH KHÔNG NHIỄM TRÙNG ◀




Từ năm 2021 đến năm 2023, Bệnh viện Phổi Trung ương đã phẫu thuật 21 trường hợp U phế bào xơ hóa, bên cạnh đó có 9 trường hợp chẩn đoán UPBXH trên sinh thiết nhỏ chưa được phẫu thuật, 2 trường hợp chẩn đoán trên sinh thiết nhỏ là u phế bào xơ hóa nhưng bệnh phẩm phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến. Bài viết minh họa hai trường hợp cần lưu ý những chạm bẫy trong chẩn đoán sinh thiết nhỏ và bệnh phẩm cắt lạnh và một trường hợp u phế bào xơ hóa kích thước lớn nhất từ trước đến nay theo y văn báo cáo.

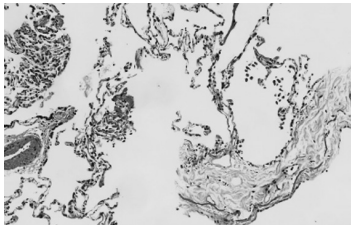
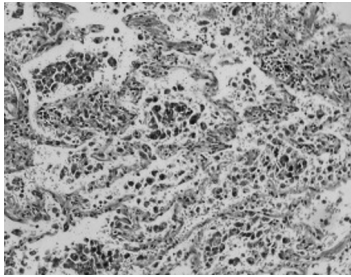
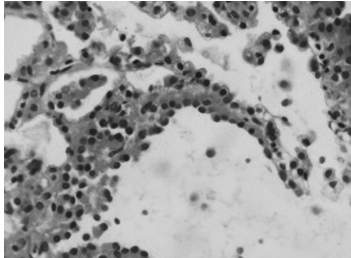
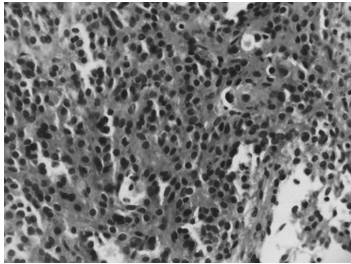
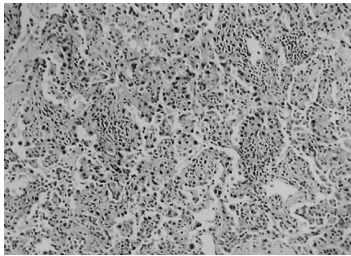
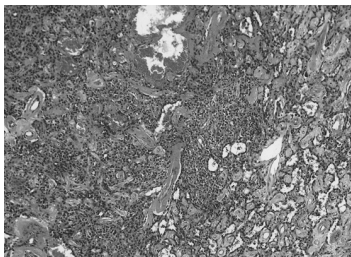
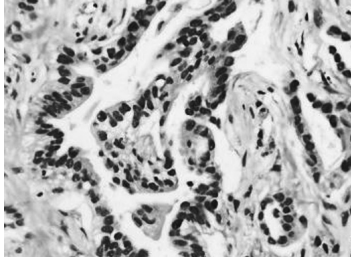
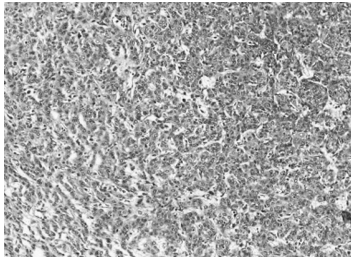
2. BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

Từ năm 2021 – 2023, khi áp dụng thành thạo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới phiên bản thứ 5, tại Bệnh viện Phổi Trung ương đã chẩn đoán 21 trường hợp U phế bào

xơ hóa được phẫu thuật. Nhóm NB được chẩn đoán này có tuổi trong khoảng 30 – 68, tuổi trung bình là 50 ± 12 , tỷ lệ nam:nữ là 1:20, tất cả đều không có tiền sử bệnh lý hô hấp trước đó, phần lớn phát hiện bệnh tình cờ. Một vài trường hợp có triệu chứng đau ngực hoặc ho. Tất cả các trường hợp đều được sinh thiết trước phẫu thuật, trong đó có 90,5% (19/21) sinh thiết trước phẫu thuật được chẩn đoán là UPBXH, có 2 trường hợp được chẩn đoán là viêm mạn tính. Các phương pháp phẫu thuật chủ yếu được thực hiện là cắt một phần tổn thương, một số trường hợp cắt thùy do khối u quá lớn, ở vị trí trung tâm hoặc chẩn đoán tức thì là ung thư biểu mô tuyến.

Dưới đây là 3 minh họa cho các NB được cắt thùy liên quan đến những chạm bẫy trong quá trình tiếp cận chẩn đoán từ chẩn đoán hình ảnh, sinh thiết nhỏ hoặc bệnh phẩm cắt lạnh.

| Đặc điểm | Trường hợp 1 | Trường hợp 2 | Trường hợp 3 |
|----------------------|---|--|---|
| Tuổi, giới | Nữ, 46 tuổi | Nam, 66 tuổi | Nữ, 50 tuổi |
| Tiền sử bệnh | Khỏe mạnh | Hút thuốc lá trên 50 năm | Khỏe mạnh |
| Triệu chứng lâm sàng | Khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện u phổi | Ho khan, Chụp X-quang có tổn thương phổi | Ho khan, đau tức ngực phải |
| Xét nghiệm khác | Trong giới hạn bình thường | Trong giới hạn bình thường | Trong giới hạn bình thường |
| Chẩn đoán hình ảnh | Nốt thùy dưới phổi trái, kích thước 14 x 6 mm, giảm tỷ trọng trước tim, thành có vôi hóa, sau tiêm ngấm thuốc cản quang mạnh  | Nốt bờ không đều thùy trên phổi trái, kích thước 22 x 23 mm, xen kẽ nốt kính mờ rải rác thùy trên phổi Phải.  | Khối kích thước 90x95 tỷ trọng mô mềm, ngấm thuốc cản quang thùy trên, chèn ép phế quản góc phải  |

| Đặc điểm | Trường hợp 1 | Trường hợp 2 | Trường hợp 3 |
|-----------------------------|--|---|--|
| Sinh thiết kim | Viêm mạn tính  | Lần 1: Viêm mạn tính  Lần 2: U phế bào xơ hóa  | U phế bào xơ hóa  |
| Chẩn đoán tức thì | Ung thư biểu mô tuyến  | Không thực hiện | Không thực hiện |
| Phương pháp điều trị | Phẫu thuật cắt thùy dưới phổi phải | Phẫu thuật cắt thùy trên phổi trái | Phẫu thuật cắt thùy trên phổi phải, tạo hình phế quản |
| Chẩn đoán phẫu thuật | U phế bào xơ hóa  | Ung thư biểu mô tuyến, Grade 2  | U phế bào xơ hóa, hỗn hợp các hình thái  |
| Theo dõi | Hiện tại không có tái phát | Chưa tái phát sau 30 tháng | Hiện tại không có tái phát |
| Kết luận | U phế bào xơ hóa | Ung thư biểu mô tuyến | U phế bào xơ hóa, hỗn hợp các hình thái |

Về mặt chẩn đoán mô bệnh sau phẫu thuật thì các ca bệnh đều có những đặc điểm khá điển hình theo hướng dẫn chẩn đoán trong phân loại u phổi của WHO năm 2021.

3. BÀN LUẬN

U phế bào xơ hoá, tên gọi cũ là u mạch xơ hoá, đây là một u phổi lành tính hiếm gặp tại phổi được mô tả đầu tiên vào năm 1956 bởi Liebow. Đền phân loại các khối u phổi của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2015, u được xếp vào nhóm u lành tính, và đến phân loại các khối u lồng ngực năm 2021, tính chất u được khẳng định và mô tả chi tiết hơn khi u được xếp vào nhóm các u tuyến phổi (Adenomas) cùng các u lành tính khác của phổi. Phân loại mới khẳng định nguồn gốc u từ phế bào 2 với tính chất lành tính và đặc trưng xơ hóa rõ [5]. Theo ICD-11 phân loại các khối u phổi và màng phổi, UPBXH được xếp vào nhóm u lành tính và u xơ hóa. Mặc dù đã có một số ca bệnh mang đặc điểm ác tính khi có phát hiện di căn hạch hoặc tái phát tại chỗ, hoặc xuất hiện ở nhiều thùy phổi khác nhau nhưng các vấn đề này chưa được khẳng định và bàn luận trên một nhóm người bệnh số lượng lớn [6].

Với 3 trường hợp bệnh điển hình được chọn từ 21 người bệnh UPBXH được chẩn đoán từ năm 2021 – 2023 (Kể từ khi áp dụng phân loại mô bệnh học u phổi năm 2021 của Tổ chức Y tế Thế giới) trong báo cáo, có 2 NB khi tiếp cận cần phân biệt với Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao, nhầm lẫn xảy ra ở sinh thiết nhỏ hoặc bệnh phẩm tức thì. Thực tế diễn ra hoàn toàn đúng như vậy với nốt/ khối ở phổi trên sinh thiết nhỏ, phát hiện tình cờ, chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu. Ung thư biểu mô tuyến phổi vẫn là chẩn đoán phổ biến hơn so với u phế bào xơ hóa, nên nếu không có kinh nghiệm về đánh giá hình thái là thách thức, chìa khóa cho chẩn đoán mô bệnh là sự xuất hiện của 2 hình thái tế bào và 1 – 4 cấu trúc mô bệnh như đã mô tả bên trên, ngoài ra những dấu hiệu như xuất hiện vùng mô xơ, vùng chảy máu, đại thực bào hemosiderin; kết hợp cùng hình ảnh u trên CT Scanner thường có ranh giới rõ, nghèo triệu chứng và thường gặp ở nữ giới trung tuổi. Đặc điểm ngấm thuốc cản quang mạnh trên CT Scanner của UPBXH thường là đặc điểm làm các nhà lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh định hướng đến một u ác tính, nhưng u vẫn có vỏ rõ, kích thước u càng lớn càng sự tăng sinh mạch máu trong u. Một trong ba ca bệnh được báo cáo là UPBXH có tỷ trọng mô mềm, đường kính lớn nhất 9.5 cm, với đặc điểm này lâm sàng định hướng sarcoma nhưng trên sinh thiết nhỏ lại đầy đủ đặc điểm của UPBXH, NB được phẫu thuật cắt thùy và nạo vét hạch toàn bộ, sau đó, theo dõi như một trường hợp u ác tính mặc dù kết quả mô bệnh sau phẫu thuật vẫn là U phế bào xơ hóa.

Với UPBXH, tùy cách tiếp cận từ chẩn đoán lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh hay Giải phẫu bệnh đều có những thách thức nhất định, điều này cũng được một số tác giả ở Việt Nam báo cáo thông qua các ca bệnh cụ thể. Các tác giả cũng nhất trí rằng với U phế bào xơ hóa, hình ảnh trên X-quang và chụp cắt lớp vi tính u thường là nốt đơn độc, người bệnh không có triệu chứng, thường phát hiện tình cờ nên việc chẩn đoán phân biệt, khẳng định lành

tính vẫn đang còn là thách thức đối với các bác sỹ. [7-9]

Với UPBXH, chẩn đoán mô bệnh học được xem là tiêu chuẩn vàng, nếu hình thái mô bệnh học không điển hình thì cần nhuộm HMMD để hỗ trợ chẩn đoán phân biệt. Tuy nhiên thực tế chẩn đoán thì giá trị của hóa mô miễn dịch là khá nghèo nàn, vì xét về nguồn gốc u từ phế bào 2, cần phân biệt với ung thư biểu mô tuyến phổi thì sự bộc lộ các dấu ấn đường như không có sự khác biệt. Chẩn đoán xác định đặc điểm và tính chất u là rất quan trọng cho quyết định điều trị và tiên lượng [10, 11]. Kinh nghiệm thực hành chẩn đoán Giải phẫu bệnh với U phế bào xơ hóa cũng xuất phát từ lý thuyết kinh điển về loại tế bào u và hình thái sắp xếp. Về tế bào u, u gồm 2 loại tế bào: Tế bào tròn và tế bào bề mặt. Các tế bào tròn nằm trong trục nhú hoặc hình thành các dải đặc, các tế bào bề mặt hình vuông, giống phế bào 2, bào tương có thể dạng bọt, nhân có thể giả vùi hoặc nhiều nhân. Bào tương của các tế bào này thường rộng, đôi khi có hốc hóa, ranh giới giữa các tế bào không rõ, nhân tế bào hình trứng, hạt nhân không rõ; có thể gặp nhân tăng sắc, đa hình thái. Mô đệm xơ hóa, có thể liên tục với biểu mô phế quản, có thể gặp phản ứng viêm hạt nhưng hiếm thấy nhân chia, không thấy hoại tử và xâm nhập mạch máu. 2 hình thái tế bào này sắp xếp biểu hiện 4 đặc điểm về hình thái gồm: Nhú, xơ hóa, đặc và chảy máu. Hình thái nhú cho thấy các tế bào bề mặt tăng sinh mạnh và lọt trên lõi xơ mạch máu của tế bào tròn. Mô u với hình thái xơ hóa sẽ có vùng kính hóa collagen, đại thực bào sắc tố hemosiderin (chảy máu cũ), sự lắng đọng tinh thể cholesterol và vôi hóa. Hình thái đặc gồm các lưới, dải tế bào tròn với sự sắp xếp thành cấu trúc ống hoặc dạng tuyến bao quanh bởi tế bào bề mặt. Khi khối u có hình thái chảy máu thì sẽ quan sát được máu (hồng cầu) lấp đầy khoảng không lọt bởi các tế bào dạng biểu mô khối vuông (hở máu) [5, 12]. Tuy nhiên nếu sinh thiết nhỏ, chỉ quan sát được 1 số hình thái, kèm theo tế bào không điển hình có thể nhầm lẫn với ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao khi u có cấu trúc nhú hoặc đặc, lúc đó, việc phối hợp với các triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh là quan trọng, còn việc bổ sung nhuộm hóa mô miễn dịch để phân biệt sẽ không có ý nghĩa.

Vì đây là khối u lành tính nên biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, hầu hết xuất hiện tình cờ. Các yếu tố về dịch tế như NB nữ, ở độ tuổi trung niên, cũng là một đặc điểm giúp chúng ta thêm về chẩn đoán loại u này. Các nốt u thường có đường kính trung bình dưới 3 cm, ranh giới rõ, bờ tròn đều, thương là nốt đơn độc cạnh màng phổi rãnh liên thùy hoặc sát với màng phổi. Trên CT ngực khối thường ngấm cản quang mạnh, khá đồng nhất, khối thường thể hiện độ tập trung FDG 18 khoảng mức SUV dưới 3,5 trên PET/CT [8]. Những trường hợp u nổi trội hình thái chảy máu có thể tăng ngấm thuốc cản quang, khiến cho các bác sỹ do dự khi chẩn đoán trước phẫu thuật cho người bệnh. Những trường hợp này nếu khối u trên 3 cm có thể chỉ định chẩn đoán sinh thiết tức thì trong phẫu thuật cho NB vì hình thái chảy máu dễ dàng

► CHUYÊN ĐỀ BỆNH KHÔNG NHIỄM TRÙNG ◀

nhận định và kết luận với bệnh phẩm có kích thước lớn.

Ngoài ra, nếu tiếp cận từ tế bào học thì chẩn đoán UPBXH áp dụng thao phân loại tế bào học hô hấp theo hệ thống Papanicolaou năm 2019: U này được xếp vào nhóm 4 là nhóm u tân sinh có thể xếp vào nhóm u lành tính hoặc u không xác định tính chất ác tính tùy đặc điểm về cấu trúc và tế bào thu được trên phiến đồ [13]. Đặc điểm xuất hiện của 2 loại tế bào như mô tả bên trên, Bác sỹ tế bào học lưu ý đặc điểm nhân tế bào và cấu trúc sắp xếp để tránh nhầm lẫn. Chẩn đoán phân biệt cần đặt ra với UPBXH như Ung thư biểu mô tuyến phổi (hình thái lepidic), u carcinoid, u tuyến nhũ, biến thể nhũ của ung thư dạng biểu bì nhày độ thấp; chủ yếu dựa vào hình thái mô bệnh học với sự xuất hiện của các tế bào đơn dạng, đặc điểm chảy máu, chảy máu cũ có thể thiên về UPBXH, không thấy các đặc điểm ác tính như Hoại tử, nhân chia [12]. Hóa mô miễn dịch không có ý nghĩa để phân biệt vì cả tế bào u và tế bào tròn đều dương tính với các dấu ấn TTF1, NapsinA, EMA, CK, CK7 – sự biểu lộ này giống với ung thư biểu mô tuyến phổi; đồng thời các tế bào u cũng âm tính với CEA, S100, SMA, ChomograninA, Synaptophysin, CA34, HMB45, Calretinin, CK5/6, WT1. Các tế bào u này dương tính yếu (<1%) với Ki67 thể hiện tính phân bào (mật độ nhân chia) thấp và dương tính mạnh với vimentin [5, 12].

Về những thách thức khi tiếp cận ban đầu phân biệt với ung thư phổi, y văn có trường hợp của một phụ nữ Nhật Bản đã được Lee K và CS báo cáo. NB này 61 tuổi có u thùy dưới phổi phải theo dõi trong 7 năm, đến thời điểm vào viện kích thước u là 36 × 37 × 40 mm, tính chất u trong vòng 7 năm không thay đổi đáng kể, chẩn đoán ban đầu là ung thư phổi nguyên phát giai đoạn IB, PET/CT phân đặc có SUVmax là 5,2. Trên MSCT có cản quang cho thấy phân đặc ngấm thuốc mạnh, phần còn lại hầu như không ngấm thuốc. NB được sinh thiết u xuyên thành ngực chẩn đoán là U phế bào xơ hóa và được phẫu thuật cắt thùy dưới bên phải và nạo vét hạch trung thất cùng bên. Kết quả về đại thể, vi thể và hóa mô miễn dịch sau phẫu thuật đều phù hợp với u phế bào xơ hóa, nổi trội hình thái chảy máu [14].

Một báo cáo loạt ca bệnh gồm 9 NB hướng chẩn đoán UPBXH được sinh thiết đã được Maleki Z và CS báo cáo. Có 7 NB được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT; 2 trường hợp qua EBUS. Kết quả cho thấy có 5 trường hợp là Ung thư biểu mô tuyến và 4 trường hợp U phế bào xơ hóa. Phân tích chi tiết về chẩn đoán mô bệnh học, các tác giả kết luận rằng các đặc điểm tế bào của u phế bào xơ hóa có trùng lặp với UTBMT phổi biệt hóa cao. Kiến thức, kinh nghiệm là những yếu tố cần để tránh những sai lầm khi chẩn đoán và giúp lựa chọn phương án điều trị cụ thể và tư vấn về tiên lượng đúng cho người bệnh [15]. Không phải lúc nào cũng dễ dàng khi nhận định, viết về cụm này, Kocaman G và CS về NB nữ, 25 tuổi, có u phổi, chẩn đoán sinh thiết là Ung thư biểu mô tuyến. NB được

phẫu thuật cắt u phổi cùng nạo vét hạch nhưng kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u phế bào xơ hóa [10].

Đường kính UPBXH trung bình là 2 (0,9-7) cm [11], thực tế khi tiếp cận với những khối u kích thước trên 3cm trên CT Scanner thì việc cần loại trừ tổn thương ác tính là rất quan trọng. Năm 2023, Wen-Di Zhang và cộng sự đã báo cáo một trường hợp u phế bào xơ hóa có hình thái mô bệnh học điển hình nhưng đường kính u là 9.5 cm, đây có thể được xem là khối UPBXH có kích thước lớn nhất từ trước đến giờ, một đặc điểm đáng lưu ý là chỉ số Ki67 khá cao. NB này là nữ, 46 tuổi, đã được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u và nạo vét hạch, đồng thời được theo dõi sau phẫu thuật như với một ung thư. Tác giả còn kiến nghị cần đánh giá lại về tiềm năng ác tính của U phế bào xơ hóa, hướng dẫn về theo dõi chặt chẽ là rất quan trọng [16].

Như vậy, với các ca bệnh cụ thể nêu trên và đối chiếu y văn kể trên, cho thấy để đưa ra lựa chọn chẩn đoán và điều trị tối ưu cho người bệnh cần kết hợp tất cả các đặc điểm của người bệnh. Ở các cơ sở có năng lực chuyên môn đầy đủ, việc hội chẩn phẫu thuật bởi hội đồng đa chuyên khoa gồm các bác sĩ lâm sàng về ung bướu và phẫu thuật lồng ngực, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh, nội khoa hô hấp và các chuyên khoa khác (nếu cần) trước phẫu thuật có vai trò rất quan trọng trong việc này.

4. KẾT LUẬN

U hiếm gặp nhưng nguồn gốc u từ phế bào và điểm mô bệnh học u cũng tạo ra nhiều cạm bẫy trong quá trình chẩn đoán bệnh, đặc biệt là sinh thiết nhỏ và bệnh phẩm cắt lạnh. Tại Bệnh viện Phổi Trung ương, các Bác sỹ có cơ hội tiếp cận chẩn đoán với các nốt phổi, và được chẩn đoán là UPBXH. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh không đặc hiệu sẽ tạo ra các cạm bẫy cho các bác sỹ Giải phẫu bệnh khi chẩn đoán ban đầu cho người bệnh, vì có nguy cơ nhầm lẫn với tổn thương đông đặc hoặc các khối u ác tính khác dẫn đến sai sót trong xử trí và tiên lượng. Việc kết hợp các đặc điểm từ dịch tễ, lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh, có hội chẩn đa chuyên gia trước phẫu thuật giúp hạn chế những nhầm lẫn khi thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gong Y et al., Pulmonary sclerosing pneumocytoma: A comprehensive review. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2018 (142(11)):1328-34.
- [2] Jin Y et al., Clinical and imaging characteristics of pulmonary sclerosing pneumocytoma: A retrospective analysis. BMC Pulmonary Medicine. 2021(21(1)):1-7.

- [3] Chang JC et al., Pulmonary sclerosing pneumocytoma: Imaging features and diagnostic challenges. *Radiology*. 2019(292(2)):356-64.
- [4] Wang L et al., Diagnostic value of CT features in the differentiation of pulmonary sclerosing pneumocytoma from peripheral lung adenocarcinoma smaller than 3 cm in diameter. *Cancer Imaging*. 2017;17(1):1-7.
- [5] Board WCoTE, World Health Organization classification of tumours: Thoracic tumours - Fifth edition. Board WCoTE, editor. Lyon: World Health Organization; 2021.
- [6] Le HY PD, Nguyen KT et al., Pulmonary sclerosing pneumocytoma in an 18-year-old male patient: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(26):e20869.
- [7] Nguyen HH et al., Pulmonary sclerosing pneumocytoma: A case report and literature review." *Vietnamese Journal of Cancer Medicine*. 2021;15(3):23-8.
- [8] Cung Văn Công, U phế bào xơ hoá - Báo cáo trường hợp và xem xét tài liệu liên quan. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2023;17(8).
- [9] Tran VT et al., Management of pulmonary sclerosing pneumocytoma: A case series, *Journal of Thoracic Disease*. 2019;11(10):4183-9.
- [10] Kocaman GYM, Ersöz CC et al., Pulmonary sclerosing pneumocytoma with mediastinal lymph node metastasis: A case report. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2021;69(1):142-6.
- [11] Zheng QZJ, Li G et al., Pulmonary sclerosing pneumocytoma: Clinical features and prognosis.. *World J Surg Oncol*. 2022; 20(1):140.
- [12] Luca Cima MD, Sherman L, Matthew J et al., Lung - Papillomas and adenomas - Sclerosing pneumocytoma 2023 [Available from: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/lungtumorsclerosingheman.html>].
- [13] Lester J, Layfield ZB, The Papanicolaou Society of Cytopathology System for Reporting Respiratory Cytology: Definitions, Criteria, Explanatory Notes, and Recommendations for Ancillary Testing, 2019.
- [14] Lee HSKJ, Moon DH et al., Huge Pulmonary Sclerosing Pneumocytoma with Endobronchial Invasion: A Case Report with a Literature Review. *J Chest Surg*. 2021;54(6):528-31.
- [15] Maleki ZMS, Layfield L et al., Pulmonary sclerosing pneumocytoma: Cytomorphology and immunoprofile. *Cancer Cytopathol*. 2020;128(6):414-23.
- [16] Zhang WDSZ, Zhang MY, Yin YH et al., Giant pulmonary sclerosing pneumocytoma with potentially malignant biological behavior: A case report and literature review. *Ann Transl Med*. 2023;30:365.