Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 63, No 6 (2022) 122-128

THYMIC SQUAMOUS CELL CARCINOMA - CASE REPORT AND DOCUMENTARY OVERVIEW

Cung Van Cong*

National Lung Hospital - 468 Hoang Hoa Tham Street, Ba Dinh District, Hanoi, Vietnam

Received 28/07/2022
Revised 31/08/2022; Accepted 06/10/2022

ABSTRACT

Histopathological classification of thymic tumors 2015, WHO update 2021, thymic carcinomas are divided into 3 large groups: Thymoma/benign thymic tumors; Thymic carcinoma/ Thymus cancer; Thymic neuroendocrine/ Neuroendocrine thymoma.

Thymic carcinoma (Thymic Carcinoma - TC) accounts for 70% of cases of Thymoma; In which, the type of squamous carcinoma (Thymic Squamous Cell Carcinoma -TSCC) is very rare, diagnosed based on histopathology criteria and immunohistochemistry. Patients with TSCC also often have clinical symptoms associated with mediastinal tumor: Invasion of intramediastinal structures is common, including superior vena cava syndrome; However, the common paraneoplastic syndromes in thymoma such as myasthenia gravis, erythrocytosis, and hypogammaglobulinemia are very rare in TSCC. TSCC has a very high malignancy and is often metastasized. The detection rate of distant metastases is up to 50-65% at the time of diagnosis. Common sites of metastasis include lung, liver, brain, and bone. The prognosis for TSCC is very poor with a 5-year survival rate of 30%. The mean age at diagnosis was 50.

We introduce a 70-year-old male patient, who came to the National Lung Hospital for examination and treatment, was diagnosed with TSCC by histopathology and immunohistochemistry with a diagnostic approach to help colleagues industry for reference.

Keywords: Thymic Carcinoma, Thymic Squamous Cell Carcinoma, Immunohistochemistry.

*Corressponding author
Email address: vancong13071964@gmail.com
Phone number: (+84) 913 361 302
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i6.462

UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY TUYẾN ỨC - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Cung Văn Công*

Bệnh viện Phổi trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28 tháng 07 năm 2022
Chỉnh sửa ngày: 31 tháng 08 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 10 năm 2022

TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) các khối u tuyến ức 2015, cập nhật 2021 của WHO, các u biểu mô tuyến ức được chia thành 3 nhóm lớn: Thymoma/các u tuyến ức lành tính; Thymic carcinoma/ Ung thư tuyến ức; Thymic neuroendocrine/ U tuyến ức thần kinh nội tiết.

Ung thư biểu mô tuyến ức (Thymic Carcinoma - TC) chiếm tới 70% các trường hợp u tuyến ức (Thymoma); Trong đó type ung thư biểu mô vảy (Thymic Squamous Cell Carcinoma - TSCC) là rất hiếm gặp, được chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn MBH và hoá mô miễn dịch (HMMD). Bệnh nhân TSCC cũng thường có các triệu chứng lâm sàng đi kèm với hình ảnh khối u trong trung thất: Xâm lấn các cấu trúc trong trung thất thường gặp, bao gồm hội chứng tĩnh mạch chủ trên. Tuy nhiên, các hội chứng cận u thường gặp trong u tuyến ức (Thymoma) như nhược cơ, bất sản dòng hồng cầu, hạ gammaglobulin lại rất hiếm gặp trong TSCC. TSCC có độ ác tính rất cao và hay di căn xa. Tỉ lệ phát hiện di căn xa lên đến 50-65% tại thời điểm chẩn đoán. Các vị trí di căn thường gặp gồm phổi, gan, não và xương. Tiên lượng ung TSCC rất kém với tỉ lệ sống sau 5 năm là 30%. Tuổi trung bình khi được chẩn đoán là 50.

Chúng tôi giới thiệu ca bệnh nhân nam, 70 tuổi, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương, được chẩn đoán TSCC tuyến ức bằng mô bệnh học và hoá mô miễn dịch với phương cách tiếp cận chẩn chẩn đoán để các đồng nghiệp cùng tham khảo.

Từ khoá: Ung thư biểu mô tuyến ức; Ung thư biểu mô vảy tuyến ức; hoá mô miễn dịch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước một trường hợp có u tuyến ức, việc chẩn đoán xác định đó là lành tính (thymoma); ác tính (thymic carcinoma) hay U thần kinh nội tiết (có giai đoạn lành, có giai đoạn ác tính) luôn là bắt buộc vì liên quan đến chiến lược điều trị và tiên lượng. Các tiêu chí chẩn đoán bao gồm lâm sàng (hội chứng cận u), giải phẫu bệnh qua STXTN và nhuộm HMMD xác định nguồn gốc tế bào u (type MBH). Trong đó MBH/HMMD đóng vai trò chẩn đoán xác định. Hiện nay ứng dụng kỹ huật sinh học phân tử đã phát triển rộng rãi, việc xác định gene đột biến EGFR cũng được tiến hành thường qui đối với các bệnh phẩm tổ chức TC [1-3].

Có rất nhiều phương pháp chẩn đoán giai đoạn TC song cho đến nay hệ thống phân giai đoạn lâm sàng Masaoka

*Tác giả liên hệ
Email: vancong13071964@gmail.com
Điện thoại: (+84) 913 361 302
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i6.462

- Koga (Masaoka - Koga Staging System: được phát triển bởi Masaoka và CS năm 1981 và được sửa đổi bởi Koga và CS vào năm 1994) vẫn được WHO khuyến cáo sử dụng, bao gồm các giai đoạn: (I) Chẩn đoán u hoàn toàn căn cứ kính hiển vi, chưa thấy u trên đại thể; (IIa) U xâm lấn vi mô qua vỏ; (IIb) U xâm lấn tổ chức mỡ tuyến ức xung quanh, dính nhưng không lấn qua màng phổi trung thất, màng ngoài tim; (III) Xâm lấn màng ngoài tim, cơ quan lân cận (các mạch lớn trung thất); (IVa) Di căn màng phổi, màng tim; (IVb) Di căn xa theo đường bạch mạch, đường máu. Việc phân tích hình ảnh của phân loại Masaoka – Koga dựa trên phân tích hình ảnh CT ngực có tiêm cản quang, cộng hưởng từ có tiêm đối quang từ và FDG 18/PET [1].

Phẫu thuật cắt bỏ u vẫn là phương pháp điều trị đầu tay cho những BN u còn khu trú (GĐ I, II). Do tỷ lệ mắc bệnh thấp và không có các triệu chứng lâm sàng đặc trưng nên hầu hết các BN đều được chẩn đoán mắc Masaoka - Koga giai đoạn III hoặc IV. Hóa trị toàn thân dựa trên phác đồ Platimum và anthracycline vẫn là phương pháp điều trị đầu tiên được lựa chọn. Tuy nhiên, hiện không có phương pháp điều trị tiêu chuẩn nào cho những bệnh nhân mắc bệnh tiến triển sau liệu pháp điều trị đầu tiên. Việc hoá - xạ trì (đồng thời/nối tiếp) hiện vẫn chưa chứng minh được hiệu quả [5-7].

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 70 tuổi, bệnh viện tuyến YTCS chuyển đến Bệnh viện Phổi trung ương với chẩn đoán: TD U trung thất có tràn dịch màng phổi.

Bệnh sử: Cách thời điểm đi khám khoảng 1 tháng BN xuất hiện ho khan và tức ngực, khó thở nhẹ. Không ho ra máu, không sốt, khàn tiếng, ăn ngủ bình thường, không gầy sút, không mệt mỏi, không yếu cơ, không run chân tay. BN đã đến YTCS khám, điều trị không đỡ. Sau đó BN được chụp phim X quang ngực, nghi có u trung thất và TDMP phải => chuyển BV Phổi trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, không khó thở; thể trạng trung bình; không phù, không xuất huyết dưới da; hạch ngoại biên không to; gan lách không sờ thấy; tuyến giáp không to. Khám các chuyên khoa: tim mạch, tiêu hoá; cơ xương khớp; thận tiết niệu không thấy gì bất thường. Mạch: 88 lần /phút; HA: 100/60 mmHg; nhiệt độ: 37 độ C; thở 20 lần/phút; cao 1,63 m; nặng 64 kg; BMI: 24.1.

Xét nghiệm CTM (làm 4 lần khi vào và trong quá trình điều trị): Giảm cả 3 dòng (HC: 3.6 -3.8 T/L; BC: 3.88 – 3.01 G/L; TC: 103 – 63 G/uL).

Các XN SHM, NT: trong giới hạn bình thường; CRP, PCT: Không tăng

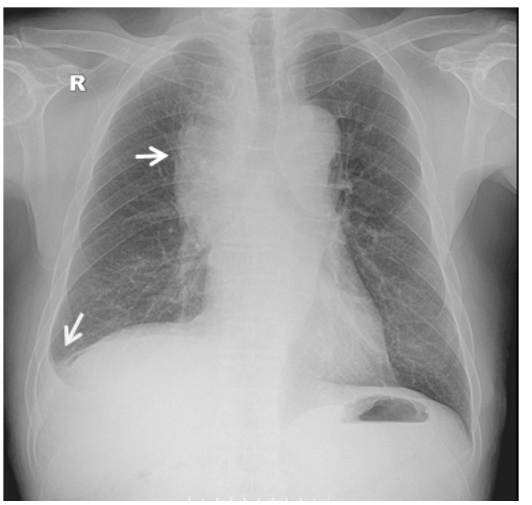
Các XN marker ung thư: Pro GRP: 65.6 (tăng); CEA 8.7 (tăng); CYFRA 21-1: 2.98 (giảm)

Các XN về lao (AFB đờm trực tiếp; Gene Xpert đờm MTB; nuôi cấy đờm MGIT): âm tính.

Nội soi phế quản; siêu âm ổ bụng; siêu âm tim: Không thấy bất thường.

Bệnh nhân được chụp phim X quang ngực thường qui, kết quả chi tiết được thể hiện tại hình 1.

Hình 1. X quang ngực qui ước khi BN vào viện

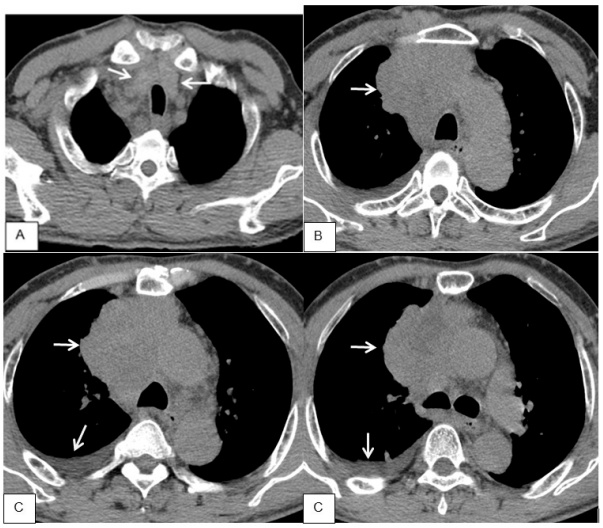


Trung thất trên rộng với hình mờ chủ yếu lồi về bên phải, đường bờ lồi rõ (mũi tên trắng); khí quản 1/3 dưới lồi sang trái nhẹ; góc sườn hoành bên phải mất nhọn (mũi tên vàng).

⇨ **Kết luận:** TD U trung thất có TDMP phải

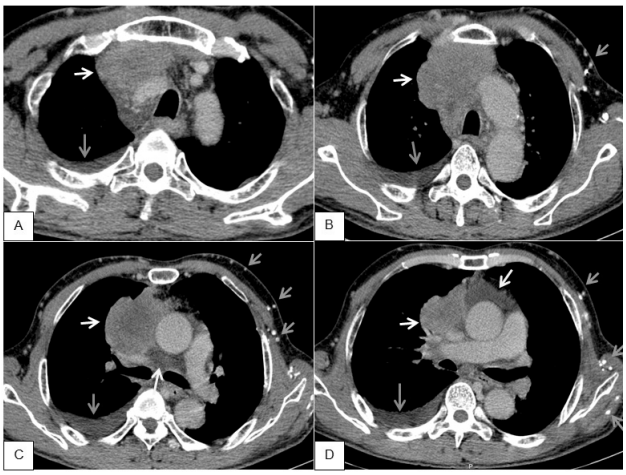
Bệnh nhân được chụp CT ngực có tiêm cản quang. Chi tiết được thể hiện trong hình 2.

Hình 2. CT ngực, cửa sổ trung thất trước tiêm cản quang



A: Tuyến giáp hai bên kích thước bình thường (tăng tỷ trọng tự nhiên do chứa Iode) (hai mũi tên trắng). B-D: Khối bất thường trung thất trước, bờ nhiều múi, không vôi hoá (mũi tên trắng). C,D: Tràn dịch màng phổi phải (mũi tên vàng)

Hình 3. CT ngực, cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang



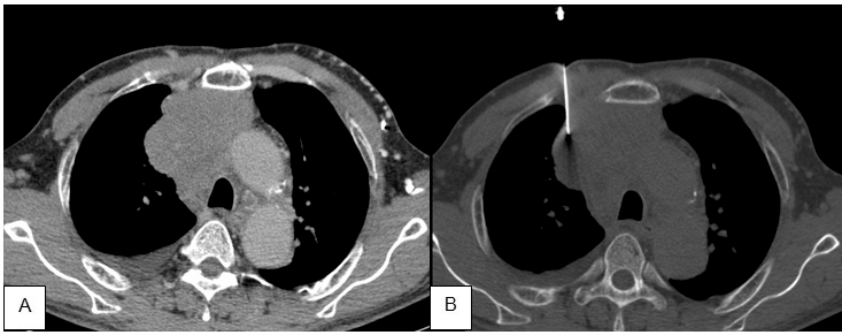
A-D: Khối bất thường trung thất trước, bờ nhiều múi, ngấm cản quang không đều (mũi tên trắng); Tràn dịch màng phổi phải (mũi tên đỏ). C,D: tổ chức mỡ đệm trung thất (mũi tên vàng); B-D: Hình thuốc cản quang TM nông dưới da biểu thị tuần hoàn bàng hệ (các mũi tên xanh).

⇨ **Kết luận (hình 2 và 3):** U trung thất trước, nhiều KN u tuyến ức, có chèn ép TMC trên, có xâm lấn trung thất và mạch lớn trung thất kèm TDMP phải (giai đoạn IVa theo Masaoka – Koga)

Khám LS và khai thác bệnh sử BN hoàn toàn không có dấu hiệu của hội chứng cận u. Hướng chẩn đoán TC

được đặt ra. Bệnh nhân đã được truyền 3 đơn vị máu bù cả 3 dòng. Sau 3 ngày các XN đông cầm máu trong giới hạn cho phép, BN đã được sinh thiết u dưới hướng dẫn CLVT. Thủ thuật đã được tiến hành an toàn. Bốn mảnh bệnh phẩm đã được gửi làm MBH/GPB, nuôi cấy; lưu giữ tìm gene đột biến, nhuộm HMMD (nếu cần). Chi tiết được thể hiện tại hình 4.

Hình 4. Sinh thiết XTN u dưới hướng dẫn CLVT



A và B cùng lát cắt (sau tiêm cản quang và khi chọc sinh thiết)

*** Kết quả GPB/MBH:** Mảnh sinh thiết là mô liên kết xâm nhập nhiều tế bào u hình đa diện, tế bào có nhân lớn, ưa kiềm, mất cực tính. => **Kết luận:** Ung thư biểu mô tuyến không tế bào nhỏ. Đề nghị nhuộm HMMD.

*** Kết quả nhuộm HHMMD:** (1) CD56: Các TB U âm tính; (2) CK: Các TB u dương tính (++); (3) CK 7: Các TB u dương tính ổ; (4) P40: Các TB u dương tính (++); (5) PAX 8: Các TB u âm tính; (6) Synaptophysin: Các TB U âm tính; (8) CD117: Các TB u dương tính (++)

=> *Kết luận:* *Sự bộc lộ các dấu ấn HMMD phù hợp với ung thư biểu mô vảy không sừng hoá của tuyến ức* (Thymic Squamous Cell Carcinoma – TSCC)

BN được chỉ định chụp CHT sọ có tiêm đối quang từ. Kết quả không thấy bất thường

*** Kết quả XN tìm đột biến**: EGFR âm tính; ALK: âm tính; PD-L1: âm tính.

=> Tổng hợp tất cả các dữ liệu, chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh: Ung thư biểu mô tuyến ức (TC) type biểu mô vảy (TSCC), giai đoạn IVa.

Bệnh nhân đã được hội chẩn liên khoa (Ung bướu, Hô hấp, CĐHA, xạ trị), xác định đây là trường hợp ung thư biểu mô vảy tuyến ức, phát hiện ở giai đoạn muộn. Phác đồ PC (Platinum - Carboplatin) được tiến hành (6 chu kỳ) kết hợp xạ trị giảm nhẹ (do u có chèn ép TMC trên) tổng liều 60 Grey (3Grey/ngày chia 3 trường xạ) kèm nâng cao thể trạng.

Kết thúc đợt điều trị: BN không sốt, còn ho ít, tức ngực nhẹ, không khó thở, phổi không rals. Bệnh nhân ổn định, ra viện về nhà điều trị ngoại trú. Hẹn khám lại sau 1 tháng. Đến thời điểm báo cáo BN vẫn đang trong tình trạng ổn đinh và chúng tôi vẫn theo dõi chặt chẽ diễn biến bệnh trường hợp này.

3. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến ức (Thymic Carcinoma) cũng có nguồn gốc từ tế bào biểu mô tuyến ức tương tự như u tuyến ức (Thymoma), chiếm khoảng 20% trong số các u biểu mô tuyến ức. Không giống u tuyến ức, UTBMT ức được chẩn đoán ác tính chỉ cần dựa vào tiêu chuẩn mô bệnh học, song các đặc điểm hình ảnh vi thể của loại u này khá phức tạp. Trong bảng phân loại u biểu mô tuyến ức của WHO, ung thư biểu mô tuyến ức được xếp vào type C. Ung thư biểu mô tuyến ức có độ ác tính rất cao và hay di căn xa hơn so với u tuyến ức xâm lấn. Tỉ lệ phát hiện di căn xa ở u tuyến ức xâm lấn chỉ khoảng 5% khi so với tỉ lệ di căn xa lên đến 50-65% tại thời điểm chẩn đoán của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ức. Các vị trí di căn thường gặp gồm phổi, gan, não và xương. Tiên lượng ung thư biểu mô tuyến ức rất kém với tỉ lệ sống sau 5 năm là 30%. Tuổi TB khi được chẩn đoán là 50. Thường có các triệu chứng lâm sàng đi kèm với hình ảnh khối u trong trung thất. Xâm lấn các cấu trúc trong trung thất thường gặp, BN có thể có hội chứng tĩnh mạch chủ trên. Tuy vậy các hội chứng cận u thường gặp trong u tuyến ức như nhược cơ, bất sản dòng hồng cầu, hạ gammaglobulin lại rất hiếm gặp

trong ung thư biểu mô tuyến ức [1].

Ung thư biểu mô tuyến ức thường là khối lớn đường kính từ 5-15cm, có/ hoặc không có các vùng giảm tỉ trọng bên trong. Có thể có vôi hóa nhưng ít gặp. Không phân biệt được ung thư biểu mô tuyến ức với u tuyến ức trên CLVT nhưng sự hiện diện của bờ u không đều, hạch lớn bất thường, di căn xa và là các dấu hiệu phổ biến của ung thư biểu mô. Ung thư biểu mô tuyến ức thường hay di căn màng phổi [1].

Trên CHT, ung thư biểu mô tuyến ức thường có tín hiệu cao hơn so với tổ chức cơ trên ảnh T1W và tăng tín hiệu trên ảnh T2W. Tín hiệu không đồng nhất có thể biểu hiện của các vùng hoại tử, dịch hóa hoặc chảy máu trong u. Hình ảnh tổn thương đa nốt trên CHT có khuynh hướng cao hơn ở u tuyến ức so với ung thư biểu mô tuyến ức [1].

Đối chiếu với y văn, BN chúng tôi báo cáo là khá phù hợp. BN không có nhược cơ và không có các dấu hiệu của hội chứng cận u khác; Khối u lớn, bờ không đều, có chèn ép TMC trên, xâm lấn trung thất và di căn màng phổi. Giải phẫu bệnh HE công nhận là UTBMT, HMMD với các chứng dương và âm tính đã khẳng định trường hợp TSCC.

Yang X và CS đã phân tích ích 276 BN TSCC từ bộ dữ liệu quốc gia, thời gian từ 1990-2016. Kết quả TSCC chiếm 72,4% ung thư biểu mô tuyến ức và 7,2% khối u tuyến ức; độ tuổi trung bình là 65 (24-85) tuổi; 201 BN được chẩn đoán Masaoka-Koga giai đoạn III / IV. Thời gian sống thêm TB của TSCC là 59 tháng với tỷ lệ OS là 49,0% trong 5 năm, tiên lượng tốt hơn so với ung thư biểu mô dạng lympho (32,1%) và ung thư biểu mô không biệt hóa (33,3%). Phân tích đa biến cho thấy giai đoạn Masaoka-Koga (p = 0,003) và các loại phẫu thuật (cắt bỏ hoàn toàn, cắt bỏ không hoàn toàn và không phẫu thuật; p <0,001) là những yếu tố quyết định sự sống còn. Cắt bỏ hoàn toàn có tiên lượng tốt nhất với tỷ lệ OS là 72,7% trong 5 năm. Hóa trị là một yếu tố bảo vệ độc lập (HR = 0,555, KTC 95% 0,347-0,886; p = 0,014) mặc dù tỷ lệ sống sót kém được thể hiện trong phân tích đơn biến. Và lợi ích sống sót của hóa trị đã được xác nhận trong phân tích PSM (tỷ lệ OS trong 3 năm là 77,7% với hóa trị so với 52,8% không hóa trị; p = 0,014). Kết luận: TSCC thường được chẩn đoán ở những bệnh nhân lớn tuổi có giai đoạn Masaoka-Koga tiến triển và có khả năng sống sót thuận lợi hơn so với các loại ung thư biểu mô tuyến ức khác. Cắt bỏ hoàn toàn là phương pháp điều trị ưu tiên. Giai đoạn Masaoka-Koga và hóa trị có mối liên hệ chặt chẽ với tiên lượng [2].

Wu J và CS cũng tiến hành NC tương tự. Dữ liệu của 216 BN TSCC từ 1973 - 2015 trong cơ sở dữ liệu giám sát, dịch tễ học và kết quả cuối cùng (SEER) của Viện Ung thư Quốc gia đã được phân tích. Đa số BN là nam giới, da trắng. 58,3%, 54,6% và 59,7% BN TSCC đã trải qua phẫu thuật, xạ trị và hóa trị tương ứng. Liệu pháp phẫu thuật được thực hiện trên 126 bệnh nhân, trong số đó có giai đoạn khu trú và giai đoạn khu vực hoặc ở độ tuổi trẻ hơn có nhiều khả năng sống sót hơn. Kết luận của NC: Phẫu thuật, tuổi chẩn đoán và giai đoạn có liên quan chặt chẽ đến khả năng sống sót TSCC. Tuy nhiên, xạ trị và hóa trị có thể không góp phần kéo dài thời gian sống thêm cho những bệnh nhân được phẫu thuật [3].

Các tế bào TSCC có thể được chuyển đến các vị trí khác bên trong tuyến ức và cắt toàn bộ tuyến ức là một lựa chọn điều trị tốt cho các khối u biểu mô tuyến ức. Jin C và CS đã tiến hành giải trình tự gen của 3 nốt TSCC khác nhau tại 3 vị trí khác nhau của tuyến ức. Sự trùng hợp hoàn toàn về cấu trúc gen của chúng đã giúp cho tác giả đã đưa ra được các khuyến cáo nói trên [4].

Li Y và CS đã sử dụng 18 F-FDG PET/CT để đánh giá mức độ ác tính (SUV max) ở những bệnh nhân TSCC chưa được điều trị. Kết quả cho thấy tất cả các khối u nguyên phát đều bắt giữ FDG với SUVmax trung bình là 10,0 ± 4,5 (phạm vi: 1,5-20,4), điều này cho thấy mức độ khá ác tính của TSCC [5].

Gao L và CS đã NC đánh giá "hóa trị bổ trợ cải thiện kết quả sống sót sau khi cắt bỏ hoàn toàn ung thư biểu mô tế bào vảy tuyến ức", một nghiên cứu hồi cứu trên 116 BN TSCC từ 2009 đến 2016 nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của hóa trị bổ trợ (ACT) đối với TSCC sau khi cắt bỏ hoàn toàn. Phương pháp: Bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào vảy tuyến ức được điều trị bằng phương pháp cắt bỏ hoàn toàn từ tháng 1 năm 2009 đến tháng 12 năm 2016 được xác định hồi cứu. Kết quả: 44/116 BN trong nhóm không dùng ACT và 72/116 BN có dùng ACT. Không có sự khác biệt đáng kể nào về tỷ lệ sống sót sau 5 năm không tái phát (RFS) (58,1% so với 51%, P = 0,33) hoặc tỷ lệ sống thêm (OS) tổng thể 5 năm (77,7% so với 67,1%, P = 0,26) giữa nhóm ACT và nhóm không ACT. Giai đoạn Masaoka là yếu tố tiên lượng độc lập duy nhất cho cả RFS và OS. Phân tích phân nhóm cho thấy cải thiện đáng kể RFS trong 5 năm đối với bệnh nhân Masaoka giai đoạn II (P = 0,035) và

OS 5 năm (P = 0,036) đối với bệnh nhân Masaoka giai đoạn III khi so sánh ACT với không ACT. Không có trường hợp tử vong liên quan đến hóa trị liệu xảy ra. Tác dụng ngoại ý thường xuyên nhất là giảm bạch cầu trung tính. Kết luận: Đối với TSCC được cắt bỏ hoàn toàn, ACT cải thiện đáng kể RFS ở bệnh nhân Masaoka giai đoạn II và OS 5 năm ở bệnh nhân Masaoka giai đoạn III [6].

Kháng nguyên biểu hiện ưu tiên trong u ác tính như một dấu hiệu chẩn đoán mới để phân biệt TSCC với u Thymoma. Taniguchi Y và CS đã tiến hành NC cho thấy TSCC chiếm 70-80% các trường hợp TC, khác biệt với u tuyến ức. Tuy nhiên, chẩn đoán phân biệt đối với u tuyến ức loại B3 đôi khi còn nhiều thách thức, ngay cả với các dấu ấn đã được thiết lập cho TSCC, bao gồm KIT và CD5, được biểu hiện ở ~ 80% TSCC và chỉ ~ 3% u tuyến ức. Các dấu hiệu cụ thể TSCC mới sẽ tạo điều kiện chẩn đoán chính xác và điều trị tối ưu. Tác giả nhận thấy rằng kháng nguyên được biểu hiện ưu tiên trong khối u ác tính (PRAME) có thể là một dấu hiệu chẩn đoán đặc hiệu TSCC mới. Nhóm tác giả đã mô tả toàn diện 770 mRNA ở 10 bệnh nhân TSCC và hai nhóm chứng khỏe mạnh, cho thấy rằng PRAME và KIT được điều chỉnh đáng kể trong TSCC (giá trị p được điều chỉnh tương ứng = 0,045 và 0,0011). Sau đó, tác giả kiểm tra biểu hiện PRAME ở 17 TSCC và 116 u tuyến ức thông qua HMMD. Tất cả 17 (100%) TSCC đều hiển thị biểu hiện PRAME mạnh và khuếch tán, trong khi tám trong số 116 (6,8%) u tuyến ức hiển thị biểu hiện PRAME yếu và tiêu điểm (p <0,0001). KIT và CD5 dương tính ở 17 (100%) và 16 (94,1%) TSCC, trong khi chỉ một (0,9%) thymoma loại B3 cho thấy dương tính kép với KIT và CD5. Kết luận nếu sử dụng kết hợp PRAME với KIT và CD5 có thể giúp chẩn đoán TSCC chính xác hơn [7].

4. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô vảy tuyến ức (TSCC) là phổ biến nhất trong các loại ung thư tuyến ức, mức độ ác tính cao, tiến triển nhanh, di căn sớm. Chẩn đoán xác định căn cứ GPB/HMMD. Thời gian sống thêm của NB phụ thuộc vào giai đoạn (Masaoka - Koga) và phương pháp điều trị. Phẫu thuật cắt bỏ u kết hợp điều trị đa mô thức (Platinum + Xạ trị) nên được xem xét một cách "cá thể hoá". Theo dõi chặt chẽ sau đợt điều trị, điều trị nhắc lại cũng vô cùng cần thiết đối với sự duy trì chất lượng và kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Richard W, Charles BH,"Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radiology"; Third edition; (2017); 207 – 275.

[2] Yang X, Zhao K, Li C et al., Thymic Squamous Cell Carcinoma: A Population-Based Surveillance, Epidemiology, and End Result Analysis. Front Oncol. 2020 Dec 22;10:592023. doi: 10.3389/fonc.2020.592023. eCollection 2020.PMID: 33415074

[3] Wu J, Wang Z, Jing C et al., The incidence and prognosis of thymic squamous cell carcinoma: A Surveillance, Epidemiology, and End Results Program population-based study. Medicine (Baltimore). 2021 Apr 16;100(15):e25331. doi: 10.1097/MD.0000000000025331. PMID: 33847631

[4] Jin C, Yan C, Zhang Y et al., A mutational profile in multiple thymic squamous cell carcinoma. Gland Surg. 2019 Dec;8(6):691-697. doi: 10.21037/gs.2019.11.08.PMID: 32042677

[5] Li Y, Li Y, Huang Y et al., Usefulness of 18F-FDG PET/CT in treatment-naive patients with thymic squamous cell carcinoma. Ann Nucl Med. 2021 Sep;35(9):1048-1057. doi: 10.1007/s12149-021-01640-5. Epub 2021 Jun 8.PMID: 34101153

[6] GaoL,WangC,LiuMetal.,Adjuvantchemotherapy improves survival outcomes after complete resection of thymic squamous cell carcinoma: a retrospective study of 116 patients. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2021 Oct 4;33(4):550-556. doi: 10.1093/icvts/ivab146.PMID: 34148094

[7] Taniguchi Y, Ishida M, Saito T et al., Preferentially expressed antigen in melanoma as a novel diagnostic marker differentiating thymic squamous cell carcinoma from thymoma. Sci Rep. 2020 Jul 23;10(1):12286. doi: 10.1038/s41598-020-69260-z.PMID: 32704057