

U TRUNG MẠC ÁC TÍNH MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH HỒI CỨU SAU 10 NĂM (2013-2023)

Nguyễn Sơn Lam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo phân loại mới của Tổ chức Y tế thế giới năm 2021, u trung mạc ác tính màng phổi chiếm đa số trong số các u trung mạc màng phổi. Việc khảo sát các khía cạnh bệnh lý nhóm tổn thương u này rất cần thiết. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi như sau: Khảo sát các biểu hiện giải phẫu bệnh và điều trị của u trung mạc ác tính màng phổi.

Phương pháp nghiên cứu: Một nghiên cứu hồi cứu, thống kê mô tả cắt ngang, loạt ca lâm sàng. Sử dụng phần mềm SPSS Version 20.0, phép kiểm T-Test và χ^2 , phép kiểm hai bên và giá trị các biên số có ý nghĩa thống kê $< 0,05$.

Kết quả: U trung mạc ác tính màng phổi chiếm đa số các trường hợp u trung mạc màng phổi (357 ca tương đương 92,51%), nhiều nhất là loại u trung mạc ác tính dạng biểu mô (163 ca tương đương 46%). Chẩn đoán giải phẫu bệnh dựa vào các dấu ấn hóa mô miễn dịch có tỉ lệ dương tính cao: D2-40, Calretinin, WT-1, Mesothelin, CK 5/6, BAP1, L1CAM, MTAP, SV-40, CK7, TTF-1, CEA, BER-EP4. Mẫu bệnh phẩm chẩn đoán chủ yếu từ nội soi màng phổi sinh thiết (219 ca # 61,18%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến: ho, sốt, đau ngực, sụt ký. Dấu hiệu hình ảnh học chủ yếu hình ảnh khối u màng phổi và tràn dịch màng phổi. Điều trị chủ yếu: bóc vỏ màng phổi và hóa trị bộ đôi Platinum-Epotoside. Thời gian sống còn không bệnh PFS $53,87 \pm 4,99$ tháng, thời gian sống còn toàn bộ OS $57,89 \pm 5,33$ tháng. U trung mạc ác tính màng phổi dạng biểu mô có tiên lượng tốt hơn u trung mạc ác tính màng phổi dạng hỗn hợp và u trung mạc ác tính màng phổi dạng sarcôm.

Kết luận: U trung mạc ác tính màng phổi hiện nay là bệnh lý thường gặp hơn, có liên quan tới tiếp xúc amiăng và nhiễm siêu vi SV-40. Tổn thương chủ yếu ở màng phổi tạo khối u màng phổi và tràn dịch màng phổi. Điều trị chủ yếu bóc vỏ màng phổi và hóa trị liệu bộ đôi platinum-epotoside. Các phương pháp điều trị khác như điều trị miễn dịch, nhắm trúng đích chưa phổ biến.

Từ khóa: U tế bào trung mạc, u trung mạc ác tính tại chỗ, u trung mạc ác tính dạng biểu mô, u trung mạc ác tính dạng hỗn hợp, u trung mạc ác tính dạng sarcôm.

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sơn Lam

Email: drnsl1963@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 13/11/2025

Ngày chấp nhận đăng: 01/12/2025

MALIGNANT PLEURAL MESOTHELIOMA AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL IN 10-YEAR RETROSPECTIVE STUDY (2013-2023)

ABSTRACT

Opening: According to the new classification of the World Health Organization in 2021, malignant pleural mesothelioma accounts for the majority of pleural mesothelial tumors. It is necessary to examine the pathological aspects of this group of tumors. The objectives of our study are as follows: Survey of pathological and treatment manifestations of malignant pleural mesothelioma.

Research methods: A retrospective, cross-sectional, descriptive study of clinical series case. Using SPSS Version 20.0 software, T-Test and χ^2 , two-sided test and the values of variables with statistical significance < 0.05 .

Results: Malignant pleural mesothelioma accounts for the majority of pleural mesothelial tumors cases (357 cases equivalent 92.51%), the most common is epithelioid malignant pleural mesothelioma (163 cases equivalent 46%). Pathological diagnosis is based on immunohistochemical markers: D2-40, Calretinin, WT-1, Mesothelin, CK 5/6, BAP1, L1CAM, MTAP, SV-40, CK7, TTF-1, CEA, BER-EP4. Diagnostic specimens are mainly from pleural biopsy (219 cases # 61.18%). Common clinical symptoms: cough, fever, chest pain, weight loss. Imaging signs mainly show pleural tumor and pleural effusion. Main treatment: pleural debridement and Platinum-Epotoside duo chemotherapy. PFS 53.87 ± 4.99 months, overall survival OS 57.89 ± 5.33 months. Epithelioid malignant pleural mesothelioma has a better prognosis than mixed malignant pleural mesothelioma and sarcomatous malignant pleural mesothelioma.

Conclusions: Malignant pleural mesothelioma is now a more common disease, associated with asbestos exposure and SV-40 virus infection. The lesion mainly occurs in the pleura, causing pleural tumors and pleural effusion. Treatment is mainly pleural debridement and platinum-epotoside combination chemotherapy. Other treatment methods such as immunotherapy and targeted therapy are not popular.

Key words: Mesothelial cell tumors, localized mesothelioma, epithelioid mesothelioma, biphasic mesothelioma, sarcomatoid mesothelioma.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo phân loại mới của Tổ chức Y tế thế giới năm 2021 về các u trung mạc màng phổi (UTMMP) cho thấy u trung mạc ác tính màng phổi (UTMATMP) chiếm đa số trong số các UTMMP, với đa số các trường hợp có liên quan với tiếp xúc amiăng. Việc khảo sát các khía cạnh bệnh lý nhóm tổn thương u này rất cần thiết. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu như sau: Khảo

sát các biểu hiện về giải phẫu bệnh và điều trị của u trung mạc ác tính màng phổi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân nhập viện bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (BVPNT) trong 10 năm (từ 01/01/2013 - 31/12/2023) có chẩn đoán giải phẫu

bệnh và hóa mô miễn dịch UTMATMP. Các ca bệnh nghiên cứu được điều tra dịch tễ học về tiền sử tiếp xúc amiăng, tiếp xúc siêu vi SV-40 (Simian virus 40) hoặc nhuộm hóa mô miễn dịch với kháng thể đặc hiệu kháng kháng nguyên SV-40. Chẩn đoán giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch các UTMMP với các phương pháp nhuộm: Nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE) thường quy: Phát hiện ban đầu các UTMMP. Nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD): chẩn đoán xác định UTMMP với các dấu ấn: D2-40, Calretinin, WT-1, Mesothelin, CK 5/6, chẩn đoán các phân loại mô học u trung mạc: BAP1, L1CAM, MTAP, chẩn đoán phân biệt với các loại carcinôm khác: CK7, TTF-1, CEA, BER-EP4. Kết quả giải phẫu bệnh sẽ có hai nhóm chính: u trung mạc lành tính và tiền xâm lấn (Benign and preinvasive mesothelial tumors) và u trung mạc ác tính bao gồm UTMATMP khu trú và UTMATMP lan tỏa (Mesothelioma: Localized mesothelioma & Diffuse mesothelioma). Trong đó, nhóm UTMATMP là mục tiêu phân tích của nghiên cứu. Các ca bệnh nghiên cứu cũng được ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh học, điều trị và theo dõi sau điều trị. Trong kết quả điều trị sẽ tính toán tới các số liệu sau:

Thời gian không bệnh tiến triển (PFS: Progression-Free Survival): PFS = Ngày xảy ra biến cố (Bệnh tiến triển hay người bệnh tử vong) - Ngày bắt đầu điều trị.

Thời gian sống còn toàn bộ (OS: Overall Survival): OS = Ngày tử vong - Ngày bắt đầu điều trị.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán UTMMP bằng giải phẫu bệnh nhuộm HE thường qui và HMMD. Với các mẫu sinh thiết màng phổi bằng kim hay qua nội soi, mẫu sinh thiết phổi-màng phổi qua nội soi lồng ngực.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Tất cả các ca bệnh có chẩn đoán UTMMP nhưng chỉ có kết quả nhuộm HE thường quy, không có kết quả nhuộm HMMD, hay các ca bệnh mẫu bệnh phẩm không đủ để chẩn đoán, mặc dù trên lâm sàng và hình ảnh học có nhiều gợi ý UTMMP.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Một nghiên cứu thống kê mô tả cắt ngang, hồi cứu. Sử dụng phần mềm SPSS Version 20.0, phép kiểm T-Test và χ^2 , phép kiểm hai bên và giá trị các biến số có ý nghĩa thống kê $< 0,05$.

2.3. Đạo đức y học

Đề tài nghiên cứu được trình xét duyệt và thông qua Hội đồng Khoa học Công nghệ và Đạo đức Y học Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch ngày 18/8/2023 theo quyết định số: BVPNT/QĐ-KHCN 12/2023.

3. KẾT QUẢ

3.1. Số liệu về dịch tễ học

Tổng số ca UTMMP trong 10 năm (2013 - 2023): 387 ca. Phân phối giới tính nam: 241 ca (62,27%) và nữ: 146 ca (37,73%). Tuổi trung bình mắc bệnh: $65,78 \pm 8,99$ tuổi. Hiện diện thể amiăng phát hiện được trong các dịch tế bào học (Đàm, dịch rửa phế quản, dịch rửa phế quản phế nang): 49 ca (chiếm 12,66%), không phát hiện được thể amiăng trong các mẫu mô sinh thiết như sinh thiết phổi xuyên phế quản, sinh thiết màng phổi qua nội soi, sinh thiết phổi phẫu thuật dưới màn hình video VATS. Khảo sát tiền sử có tiếp xúc amiăng: bao gồm nhiều ngành nghề có nguy cơ tiếp xúc với amiăng như sản xuất vật liệu xây dựng (đặc biệt là tấm lợp amiăng), khai thác và chế biến khoáng sản có amiăng, công nghiệp đóng tàu, xây dựng, sửa chữa, bảo trì, cơ khí ô tô (đặc biệt là thợ sửa phanh và thợ máy), thợ điện, thợ sửa ống nước và những người làm việc trong các nhà máy sản xuất vật liệu cách nhiệt, xi măng amiăng và

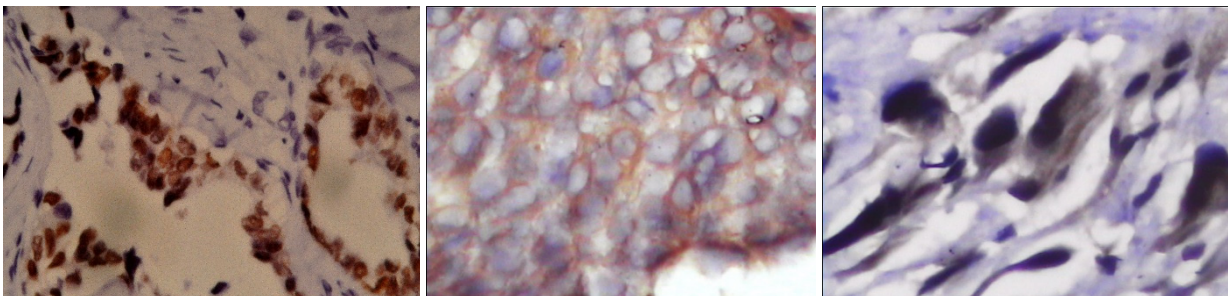
các sản phẩm khác có sử dụng amiăng. Tiền sử có nhiễm siêu vi SV-40 biểu hiện qua nhuộm hóa mô miễn dịch kháng thể đặc hiệu dương tính với dấu ấn SV-40. Các yếu tố dịch tễ khác như nhân

viên văn phòng, nội trợ, buôn bán... Tình trạng hút thuốc lá 165 ca (chiếm 42,64%) với đa số nam giới 107 ca (64,85%).

Bảng 1. Phân phối dịch tễ học các ca bệnh UTMMP

Yếu tố dịch tễ học	Tiếp xúc amiăng		Nhiễm siêu vi SV-40		Yếu tố dịch tễ học khác	
	Số ca	Phần trăm	Số ca	Phần trăm	Số ca	Phần trăm
	194	50,13	49	13,69	115	36,19

3.2. Kết quả giải phẫu bệnh



Hình 1. UTMATMP dạng biểu mô nhuộm D2-40 (+) quang trường x 40 (Hình bên trái), UTMATMP dạng hỗn hợp nhuộm L1CAM (+) quang trường x 40 (Hình giữa), UTMATMP dạng sarcôm nhuộm MTAP (+) quang trường x 40.

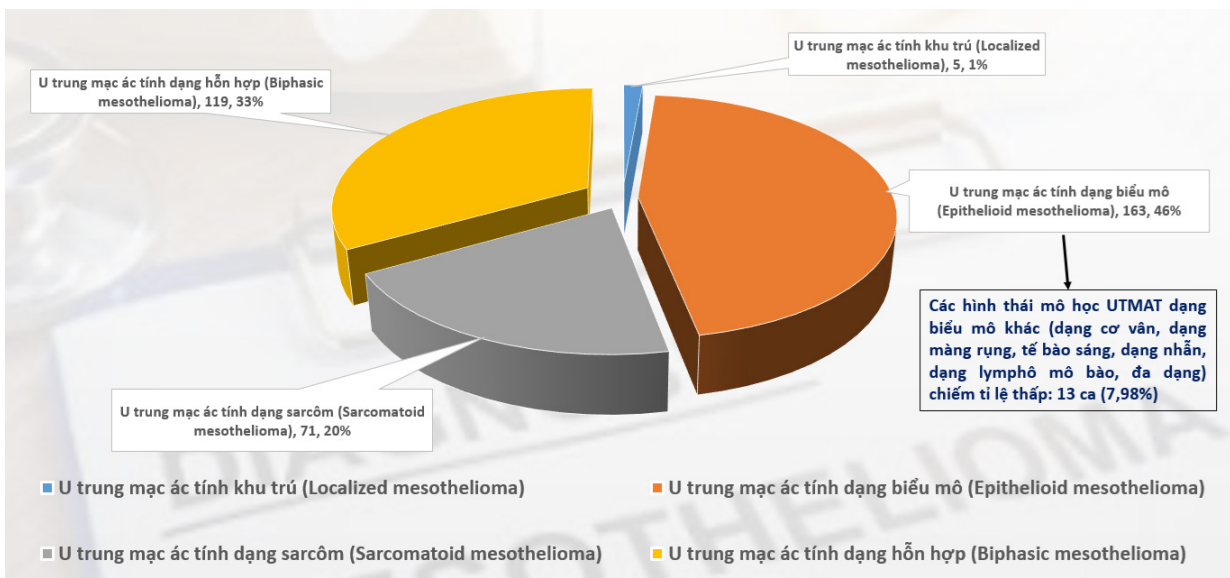
Bảng 2. Các dấu ấn nhuộm hóa mô miễn dịch và tỉ lệ dương tính

Các phương pháp nhuộm		Kết quả nhuộm	Số ca dương tính	Tỉ lệ % dương
Nhuộm HE thường quy		UTMATMP dạng biểu mô UTMATMP dạng hỗn hợp UTMATMP dạng sarcôm		Số ca có chẩn đoán hướng đến UTMATMP trên nhuộm HE: 257 ca (chiếm tỉ lệ 71,79%)
Nhuộm HMMD	D2-40	(+) nhân, bào tương	349	97,49%
	Calretinin	(+) màng bào tương	308	92,75%
	WT-1	(+) nhân	334	93,29%
	Mesothelin	(+) bào tương	302	84,36%
	CK 5/6	(+) màng bào tương	281	78,49%

Các phương pháp nhuộm		Kết quả nhuộm	Số ca dương tính	Tỉ lệ % dương
Nhuộm HMMD	BAP1	(+) nhân, màng bào tương	9	2,51%
	L1CAM	(+) bào tương & màng bào tương	337	94,13%
	MTAP	(+) màng bào tương	343	95,81%
	SV-40	(+) màng bào tương	49	13,69%
	CK7	(+) màng bào tương	0	00%
	TTF-1	(+) nhân	0	00%
	CEA	(+) màng bào tương	0	00%
	BER-EP4	(+) màng bào tương	0	00%

U trung mạc lành tính và tiền xâm lấn: 29 ca (chiếm 7,49%) và chiếm đa số là UTMATMP bao gồm UTMATMP khu trú và UTMATMP lan tỏa: 358 ca (chiếm 92,51%). Các dấu ấn sinh

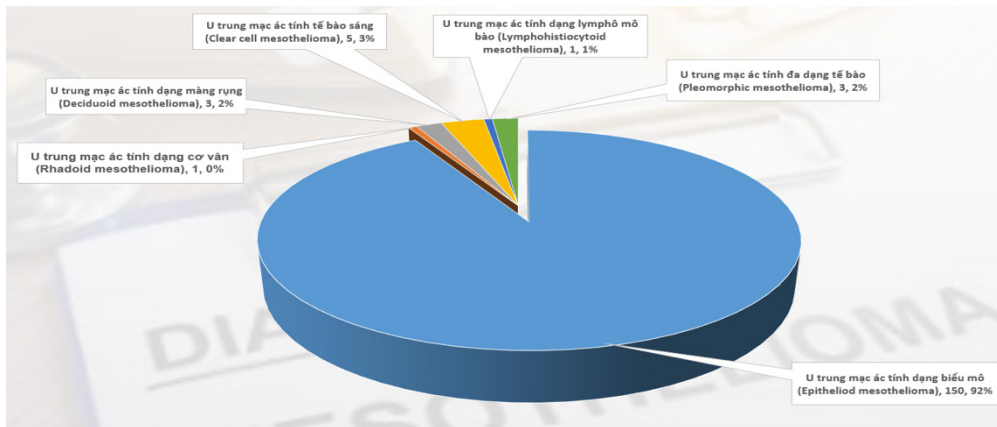
học HMMD có tỉ lệ dương tính cao (> 90%) bao gồm: D2-40, Calretinin, WT-1, L1CAM, MTAP (Biểu đồ 1 và Bảng 2).



Biểu đồ 1. Phân phối các loại u trung mạc ác tính màng phổi

Kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh cũng cho thấy đa số các UTMATMP là loại UTMATMP dạng biểu mô (chiếm 46%), các loại khác thấp

hơn: UTMATMP khu trú (chiếm 1%), UTMATMP dạng hỗn hợp (chiếm 33%) và UTMATMP dạng sarcôm (chiếm 20%) (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 2. Phân phối hình thái mô học các loại u trung mạc ác tính dạng biểu mô

Kết quả biểu đồ 2, cho thấy tỉ lệ các UTMATMP dạng biểu mô điển hình (giống với carcinôm tuyến) chiếm đa số 150 ca, tỉ lệ 92%, còn lại là các loại UTMATMP dạng biểu mô khác

như: Dạng màng rụng, dạng cơ vân, dạng lymphô mô bào, dạng đa dạng tế bào, dạng tế bào sáng 15 ca, tỉ lệ 8%.

3.3. Các yếu tố lâm sàng

Bảng 3. Một số yếu tố lâm sàng thu nhận trong 358 ca UTMATMP

Triệu chứng	Số ca bệnh	Tỉ lệ phần trăm
Ho khạc đàm	321	89,66%
Sốt	217	60,61%
Đau ngực	347	96,63%
Sụt ký	295	82,40%
Sinh thiết màng phổi bằng kim Abrams hay Castelain	283	79,05%
Sinh thiết u màng phổi dưới hướng dẫn CT-Scan	77	21,51%
Sinh thiết u màng phổi phẫu thuật nội soi dưới màn hình video (VATS)	62	17,31%
Sinh thiết u màng phổi qua nội soi màng phổi	219	61,18%
Nội soi phế quản sinh thiết và làm các xét nghiệm tế bào học (rửa phế quản, rửa phế quản phế nang)	358	100%
Xét nghiệm đàm: tìm tế bào lạ và thể amiante	355	99,16%

Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu: Sốt, ho, đau ngực và sụt ký (chiếm tỉ lệ lần lượt là 89,66%, 60,61%, 96,63%, 82,40%). Chẩn đoán chủ yếu dựa trên nội soi màng phổi sinh thiết (219 ca

tương đương 61,18%) và sinh thiết màng phổi bằng kim Abrams hay Castelain (283 ca tương đương 79,05%) (Bảng 2).



Hình 2. Các hình ảnh CT-Scan UTMATMP: (1) Khối u đơn độc màng phổi, (2) Nhiều khối u màng phổi, (3) Khối u màng phổi xâm lấn nhu mô phổi, (4) Tràn dịch màng phổi lượng nhiều bên trái, (5) Tràn dịch màng phổi kèm khối u màng phổi.

Bảng 4. Các dấu hiệu hình ảnh học u trung mạc ác tính màng phổi

Dấu hiệu hình ảnh học	Số ca	Tỉ lệ phần trăm
Khối u màng phổi đơn độc hay đa ổ	141	39,38%
Khối u màng phổi và nhu mô phổi	63	17,59%
Dày màng phổi	125	34,92%
Tràn dịch màng phổi	293	81,84%
Tràn dịch và tràn khí màng phổi	53	14,80%
Phối hợp nhiều loại tổn thương	115	32,12%

Hình ảnh học đa số là tràn dịch màng phổi (293 tương đương 81,84%) và khối u ở màng phổi (141 ca tương đương 39,38%) và có thể kết hợp

nhiều loại tổn thương trên phim CT-Scan (Hình 2 và Bảng 3).

3.4. Các phương pháp điều trị

Bảng 4. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số ca	Tỉ lệ %
Sinh thiết và bóc vỏ màng phổi lấy u màng phổi qua nội soi màng phổi	219	61,18%
Sinh thiết lấy u màng phổi qua nội soi màng phổi và bơm dính màng phổi	86	24,02%
Phẫu thuật nội soi lồng ngực dưới màn hình video (VATS) lấy u màng phổi và u xâm lấn nhu mô phổi	62	17,31%
Bơm dính màng phổi (Betadine)	86	24,02%
Hóa trị bộ đôi platinum-epotoside (Bước 1 và bước 2)	316	88,27%
Điều trị miễn dịch (Sau khi bệnh tái phát tiến triển) (Nivolumab)	5	1,39%
Phối hợp hóa trị và miễn dịch (Sau khi bệnh tái phát tiến triển)	2	0,56%
Điều trị nhắm trúng đích	0	0%

Điều trị bao gồm: Hóa trị bộ đôi platinum-epotoside (Bước 1 và bước 2) và sau khi bệnh tái phát tiến triển được điều trị với hóa trị liệu bước

hai, điều trị miễn dịch (Nivolumab), phối hợp hóa trị và miễn dịch (Bảng 4).

Bảng 5. So sánh thời gian sống còn không bệnh và thời gian sống còn toàn bộ giữa các nhóm bệnh

Loại mô học UTMATMP	Thời gian sống còn không bệnh PFS		Thời gian sống còn toàn bộ OS	
	Trung bình tháng	Trị số P	Trung bình tháng	Trị số P
UTMATMP khu trú	52,73 ± 3,92	0,08921 > 0,05	60,13 ± 541	0,07943 > 0,05
UTMATMP dạng biểu mô (n = 163)	68,13 ± 6,81	0,00376	73,55 ± 8,69	0,00637
UTMATMP dạng sarcôm (n = 71)	31,92 ± 3,53	0,00159	41,75 ± 3,99	0,00392
UTMATMP dạng hỗn hợp (n = 119)	45,17 ± 4,82	0,02893	49,53 ± 4,82	0,01884
Tổng số ca UTMATMP (n = 358)	53,87 ± 4,99		57,89 ± 5,33	

So sánh thời gian sống còn không bệnh PFS và thời gian sống còn toàn bộ OS giữa 2 nhóm UTMATMP khu trú và UTMATMP chung tương đương nhau (P = 0,08921 và 0,07943 > 0,05),

UTMATMP dạng biểu mô kéo dài thời gian PFS và thời gian OS hơn UTMATMP dạng hỗn hợp và UTMATMP dạng sarcôm (Bảng 5).

Bảng 6. So sánh thời gian PFS và OS bệnh tái phát tiến triển giữa hai nhóm điều trị hóa trị và miễn dịch

Điều trị trên nhóm bệnh tái phát tiến triển	Thời gian sống còn không bệnh PFS		Thời gian sống còn toàn bộ OS	
	Trung bình tháng	Trị số P	Trung bình tháng	Trị số P
Hóa trị liệu bộ đôi platinum-epotoside (128 ca)	47,16 ± 6,85	0,002873 < 0,05	53,74 ± 5,92	0,001952 < 0,05
Điều trị miễn dịch (Nivolumab) (7 ca)	73,13 ± 8,61		82,64 ± 8,75	

So sánh thời gian sống còn không bệnh PFS, thời gian sống còn toàn bộ OS của nhóm bệnh tái phát tiến triển được điều trị hóa trị liệu bước 2 (128 ca) và điều trị miễn dịch bước 2 (7 ca bao gồm đơn trị liệu, kết hợp miễn dịch và hóa trị) cho thấy điều

trị miễn dịch có thời gian PFS và OS dài hơn so với hóa trị liệu (Bảng 6).

4. BÀN LUẬN

Về các yếu tố dịch tễ học: Tỷ lệ Nam/Nữ tương đương 2:1 và độ tuổi trung bình mắc bệnh: 65 tuổi

(Tương đương với các nghiên cứu khác trên thế giới như của các tác giả Kenta K. và cs, Molly J. và cs, F. Garcia-P. và cs, với $P = 0,06563$, $0,13591$ và $0,03527 > 0,05$ [3, 4, 7]. Tỷ lệ phát hiện tiếp xúc amiăng trong khảo sát dịch tễ: 49 ca/194 ca chiếm tỷ lệ 32,89%. Tỷ lệ này thấp so với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới: Molly J. và cộng sự (cs) ($P = 0,00683 < 0,05$), Glaucia N. M. và cs ($P = 0,03912 < 0,05$) [3, 7]. Việc phát hiện thể amiăng trong các mẫu bệnh phẩm giải phẫu bệnh (đám, dịch rửa phế quản, dịch rửa phế quản phế nang, sinh thiết phổi xuyên phế quản qua nội soi...) đạt tỷ lệ thấp so với điều tra tiền sử bệnh nhân (49 ca chiếm tỷ lệ 12,66% so với khai thác tiền sử có tiếp xúc amiăng 194 ca (chiếm 50,13%). Tỷ lệ có tiền sử nhiễm siêu vi SV-40 chiếm 13,69%, kết quả này cũng tương đương với tổng kết của Kenta K và cs (tỷ lệ nhiễm SV-40 14,02%, $P = 0,09531 > 0,05$), Liang L and Haodong X. (tỷ lệ nhiễm SV-40 12,93%, $P = 0,13913 > 0,05$) [4, 6]. Tỷ lệ hút thuốc lá cao và đa số ở nam giới cũng tương tự nhận định của các nghiên cứu khác trên thế giới [1, 4]. Về kết quả giải phẫu bệnh: Tỷ lệ phát hiện UTMATMP trên tổng số UTMMP chung: 358 ca/387 ca tương đương 92,51%, cho thấy đa số các UTMMP là loại UTMATMP. Tỷ lệ này cũng tương tự với các nghiên cứu khác trên thế giới: Chan J K C và cs ($P = 0,07321 > 0,05$), Francois G-P và cs ($P = 0,081.95 > 0,05$), S. Popat và cs ($P = 0,16893 > 0,05$) [1, 2, 8]. Các dấu ấn sinh học hóa mô miễn dịch có tỷ lệ dương tính cao ($> 90\%$) bao gồm: D2-40, Calretinin, WT-1, L1CAM, MTAP, đây cũng là các dấu ấn hóa mô miễn dịch tốt nhất được khuyến cáo sử dụng trong chẩn đoán các UTMMP [5, 6]. Biểu hiện BAP1 (+) thấp: 2,51% (9 ca). Các dấu ấn chẩn đoán biểu mô đều âm tính: CK7, TTF-1, BER-EP4, CEA. Kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh cũng cho thấy đa số các UTMATMP là loại UTMATMP dạng biểu mô (chiếm 46%), các loại khác thấp hơn: UTMATMP khu trú (chiếm 1%), UTMATMP dạng hỗn hợp (chiếm 33%) và UTMATMP dạng sarcôm (chiếm 20%). Số liệu này cũng tương tự như các thống kê nghiên cứu khác trên thế giới:

Chan JKC và cs ($P = 0,07531 > 0,05$), Glaucia N M H và cs ($P = 0,19653 > 0,05$), Molly J và cs ($P = 0,06842 > 0,05$), Popat S và cs ($P = 0,08453 > 0,05$). Về mặt lâm sàng và hình ảnh học: Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu: sốt, ho, đau ngực và sụt ký, đây cũng là các triệu chứng chung của các bệnh lý của đường hô hấp. Chẩn đoán chủ yếu dựa trên nội soi màng phổi sinh thiết (219 ca tương đương 61,18%) và sinh thiết màng phổi bằng kim Abrams hay Castelain (283 ca tương đương 79,05%), các kỹ thuật chẩn đoán khác như sinh thiết u màng phổi dưới hướng dẫn CT-Scan, sinh thiết phổi-màng phổi qua nội soi lồng ngực dưới màn hình video VATS chiếm số lượng thấp (21,51% và 17,31%). Nội soi phế quản chẩn đoán chủ yếu để đánh giá giai đoạn bệnh và tìm thể amiăng trong dịch rửa phế quản hay dịch rửa phế quản phế nang. Hình ảnh học đa số là tràn dịch màng phổi (293 tương đương 81,84%) và khối u ở màng phổi (141 ca tương đương 39,38%). Hình ảnh có phổi hợp nhiều loại tổn thương như: khối u màng phổi, tràn dịch màng phổi, tổn thương xâm lấn phổi... có 129 ca, chiếm tỷ lệ 36,03%. Kiểu hình ảnh nhiều tổn thương trong UTMATMP có tỷ lệ tương đương với các nghiên cứu khác: Francois G-P và cs (tỷ lệ 37,52%, $P = 0,08531 > 0,05$), Kenta K và cs (tỷ lệ 35,88%, $P = 0,1739 > 0,05$), Popat S và cs (tỷ lệ 36,83%, $P = 0,09167 > 0,05$) [2, 5, 8].

Về điều trị: đa số các ca bệnh đều được hóa trị bộ đôi platinum và epotocide (316 ca), kèm bóc vỏ màng phổi (218 ca). Điều trị miễn dịch với Nivolumab 7 ca (5 ca đơn trị liệu miễn dịch và 2 ca phối hợp với hóa trị). So sánh thời gian sống còn không bệnh PFS và thời gian sống còn toàn bộ OS giữa 2 nhóm UTMATMP khu trú và UTMATMP chung tương đương nhau ($P = 0,08921$ và $0,07943 > 0,05$). So sánh thời gian PFS và thời gian OS của UTMATMP chung có thấp hơn so với kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới: Glaucia N M H và cs (PFS = 59,12 tháng và OS = 63,55 tháng, $P = 0,08951$ và $P = 0,2685 > 0,05$), Jennifer L S

và cs (PFS = 61,88 tháng và OS = 69,53 tháng, $P = 0,09641$ và $P = 0,1863 > 0,05$), Molly J và cs (PFS = 63,45 tháng và OS = 73,86 tháng, $P = 0,03754$ và $P = 0,5781 > 0,05$) [3, 4, 7]. UTMATMP dạng biểu mô kéo dài thời gian PFS và thời gian OS hơn UTMATMP dạng hỗn hợp và UTMATMP dạng sarcôm (Bảng 5). Như vậy, tiên lượng tốt nhất là loại UTMATMP khu trú. Tiên lượng giữa các nhóm UTMATMP lan tỏa: UTMATMP dạng biểu mô tốt hơn UTMATMP dạng hỗn hợp và tốt hơn UTMATMP dạng sarcôm, giống với nhận định của các tác giả Francois G-P và cs, Kenta K và cs, Popat S và cs [2, 5, 8].

5. KẾT LUẬN

Các ca bệnh UTMATMP có tiền sử tiếp xúc amiăng và nhiễm siêu vi SV-40. UTMATMP chiếm đa số các trường hợp UTMMP (357 ca # 92,51%), nhiều nhất là loại UTMATMP dạng biểu mô (163 ca # 46%). Chẩn đoán giải phẫu bệnh dựa vào các dấu ấn hóa mô miễn dịch: D2-40, Calretinin, WT-1, Mesothelin, CK 5/6, BAP1, L1CAM, MTAP, CK7, TTF-1, CEA, BER-EP4. Mẫu bệnh phẩm chẩn đoán chủ yếu từ nội soi màng phổi sinh thiết (219 ca # 61,18%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu ho, sốt, đau ngực, sụt ký. Hình ảnh học chủ yếu hình ảnh khối u màng phổi và tràn dịch màng phổi. Điều trị chủ yếu bóc vỏ màng phổi và hóa trị bộ đôi platinum-epotocide. Thời gian sống còn không bệnh trung bình $53,87 \pm 4,99$ tháng và thời gian sống còn toàn bộ $57,89 \pm 5,33$ tháng. Tiên lượng giữa các nhóm UTMATMP: UTMATMP dạng biểu mô tốt hơn UTMATMP dạng hỗn hợp tốt hơn UTMATMP dạng sarcôm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]. Chan J K C, Galateau-Salle F, Nicholson AG, Travis W D, Tsao MS. (2021). Tumors of the pleura and pericardium. In: WHO Classification of Tumours-Thoracic Tumours, 5th Edition, 2021, p.194-217.

[2]. Francois G-P, Pardo S C, Ramirez M T R et al. (2024). Malignant Pleural Mesothelioma: Analysis of 70 Cases in the Last Decade. Open Respiratory Archives 6 (2024) 100326.

[3]. Glaucia N M H, Carolina H C, Clóvis A L P, Gabriela V, João R N, Vladmir C C de L. (2021). Malignant pleural mesothelioma: an update. J Bras Pneumol. 2021;47(6):e20210129.

[4]. Jennifer L S, Sanja D, Francoise G-S, Richard L A, Kelly J B, Andrew C, Aliya N H, Kyuichi K, Andras K, Andrew G N, Victor R, Fernando S, Ming-Sound T, William D T. (2021). The 2021 WHO Classification of Tumors of the Pleura: Advances Since the 2015 Classification. Journal of Thoracic Oncology 2021, Vol. 17 No. 5: 608-622.

[5]. Kenta K, Hiroki S, Akiko K, Ryuichi Y, Kazuya Y, Yuzo U, Kazuhiro Y, Tomokazu F, Kenjiro K, Kosei T, Masaaki K, Takahito Y and Toshiyoshi F. (2022). Adenomatoid mesothelioma arising from the diaphragm: a case report and review of the literature. Journal of Medical Case Reports (2022) 16:228.

[6]. Liang L and Haodong X (2023). An Update on the Classification of Lung and Pleural Tumors. Journal of Clinical and Translational Pathology 2023 vol. 3(2) 106-113.

[7]. Molly J, Morgan K C, Patricia R and Bharat B. (2024). Malignant Pleural Mesothelioma: A Comprehensive Review. J. Clin. Med. 2024, 13, 5837-5843.

[8]. Popat S, Baas P, Christ F-F, Girard N, Nicholson A G, Kowak A K, Opitz I, Scherpereel A S & Reck M, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. (2022). Malignant pleural mesothelioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, Volume 33 - Issue 2 – 2022.