

SARCOMA CƠ VÂN DI CĂN PHỔI TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Lung metastatic rhabdomyosarcoma - A literature review and case report

Cung Văn Công

SUMMARY

Sarcoma is a general term for a type of cancer found in the connective tissue cells (the cells of the mesenchyme). There are many types of sarcoma because connective tissue cells are present everywhere in the body (bone, cartilage, blood vessels ...) but this type of cancer is divided into 2 main groups, bone sarcoma, and soft tissue sarcoma. Rhabdomyosarcoma (RMS) belongs to the group of soft tissue sarcoma of skeletal muscle, is a common malignancy, and is one of the leading causes of cancer death in children. Alveolar rhabdomyosarcoma (ARMS) is a subtype of RMS that is extremely rare in adults. We present a pediatric case of ARMS, primary in the butt area with pulmonary metastases, confirmed by histopathology and immunohistochemistry. Reported data and literature review will help physicians have a better diagnostic approach when encountering similar cases.

Keyword: *Rhabdomyosarcoma; alveolar rhabdomyosarcoma, soft tissue tumor lung metastasis.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma cơ vân (RMS) là một khối u đặc, ác tính có nguồn gốc trung mô, thường gặp nhất ở trẻ em và có thể ảnh hưởng đến bất kỳ vị trí giải phẫu nào trong cơ thể. Đây là loại sarcoma mô mềm phổ biến nhất ở thời thơ ấu và thiếu niên. Trên 65% các trường hợp được chẩn đoán trước 6 tuổi. Các phân nhóm mô học dưới type RMS bao gồm: Thể phôi (embryonal Rhabdomyosarcoma-ERMS); thể hốc (alveolar rhabdomyosarcoma-ARMS), thể tế bào đa hình (pleomorphic rhabdomyosarcoma -PRMS) và thể hợp nhất tế bào (fused-cell rhabdomyosarcoma –FCRMS). Sarcoma cơ vân thể hốc (ARMS) có độ ác tính cao nhất, tỷ lệ sống sót sau 5 năm không bệnh từ 8% - 29%. Các vị trí di căn phổ biến nhất là phổi, tủy xương, xương và hạch bạch huyết.¹⁻⁵ Vị trí khối u nguyên phát ban đầu có thể xuất hiện ở bất kỳ tổ chức cơ vân nào nhưng tại các khối cơ lớn thường gặp nhiều hơn (ví dụ: Cơ đùi, cơ mông, cơ vùng lưng). Nếu thể hiện các u cơ rõ ràng từ ban đầu thì việc sinh thiết tìm bằng chứng GPB/MBH của căn bệnh này cũng không mấy khó khăn. Tuy nhiên trong thực tế chúng ta lại thường bắt gặp hình ảnh di căn trước

khi tìm thấy khối u nguyên phát. Khi đó tùy vào vị trí di căn mà mà người ta lại có những phương cách tiếp cận chẩn đoán khác nhau.^{3,5,6} Đối với di căn phổi chụp cắt lớp vi tính có tiêm cản quang rất hữu ích để nhận định các nốt nhu mô và hạch lớn trung thất. Sinh thiết tổn thương phổi dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính hiện nay được áp dụng rộng rãi.⁷ Kết quả GPB/MBH tổ chức sinh thiết từ khối u nguyên phát hoặc u di căn có thể cho chẩn đoán tổn thương ác tính; nhuộm HMMD sẽ giúp chúng ta xác định được nguồn gốc tế bào u. Vì RMS có nguồn gốc trung mô nên có độ ác tính rất cao và thường di căn sớm. Hình thái di căn đến phổi của u RMS thường là di căn dạng nhiều nốt nhỏ; đôi khi các nốt có “dấu hiệu mạch nuôi” biểu hiện của di căn theo đường máu.⁸⁻¹⁰ Di căn dạng thả bóng, dạng tạo hang, dạng nốt đơn độc hoặc vôi hoá hầu như không xuất hiện của di căn RMS.¹¹ Ngoài di căn phổi, RMS còn hay di căn xương, tủy xương và hạch bạch huyết. Sinh thiết xương, sinh thiết hạch ngoại vi tìm tế bào ác tính thường tương đối dễ thực hiện trong khi xét nghiệm tủy xương rất khó tiến hành ở các cơ sở y tế thiếu phương tiện cũng như con người thực hiện kỹ thuật.⁶

Chúng tôi báo cáo ca bệnh nhi, đến khám và điều trị tại bệnh viện Phổi trung ương với đầy đủ các tư liệu lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, GPB/MBH, HMMD trong khoảng thời gian từ tháng 2-4/2022.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

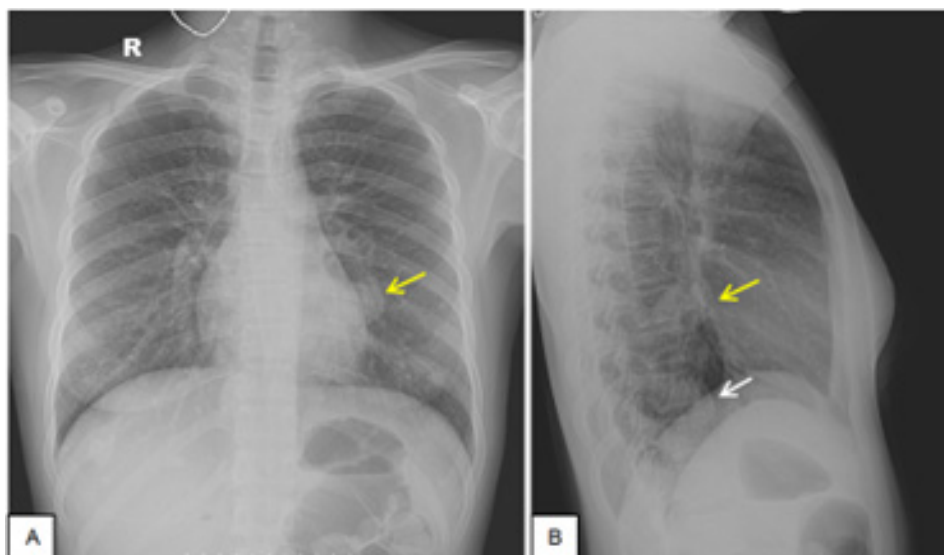
Người bệnh nữ, 16 tuổi đến khám vì ho ra máu.

Bệnh sử: Khoảng 1 tháng trước khi vào viện người bệnh xuất hiện ho khạc đờm lẫn máu đỏ thẫm, 1 lần kèm theo tức ngực, không sốt, không khó thở, gầy sút (giảm 8 kg trong vòng 1 năm). Người bệnh đã đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh không đỡ ho. Bệnh viện ĐK

tỉnh chụp phim X quang ngực, theo dõi u phổi, chuyển bệnh viện Phổi trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt; thể trạng trung bình; da niêm mạc kém hồng, không phù, không xuất huyết dưới da; hạch ngoại biên không to. Khám thực thể các cơ quan toàn thân: Tuần hoàn; hô hấp; tiêu hoá; thận - tiết niệu- sinh dục; thần kinh; cơ-xương-khớp; tai mũi họng; răng hàm mặt, mắt, nội tiết không thấy bất thường.

Người bệnh được chụp phim X quang ngực thẳng và nghiêng phải. Chi tiết trong hình 1.



Hình 1. X quang ngực khi BN đến khám

A: X quang ngực thẳng, PA, thấy nốt mờ tròn, nhẵn, ĐK # 29 mm, ở 1/3 dưới trường phổi trái, không cùng bình diện với bóng tim (mũi tên vàng). B: X quang ngực nghiêng phải thấy nốt mờ sau tim. Nghi ngờ nốt khác cùng phổi trái, khu vực phân thùy đáy sau phổi phải (mũi tên trắng)

Tham khảo chẩn đoán chuyển viện của tuyến trước kết hợp kết quả X quang ngực, BN được chẩn đoán theo dõi u phổi trái và được nhập viện điều trị nội trú.

Các xét nghiệm được thực hiện tại khoa lâm sàng:

CTM, nhóm máu, đông cầm máu, khí máu: BC tăng nhẹ (11,06 G/L; ĐNNTT 68,6%); nhóm máu A; các kết quả khác bình thường.

Sinh hoá máu, các marker ung thư (AFP, CA 15-3; CA 19-9; CA 72-4; CA 125; CEA, CYPRA 21-1): các kết quả trong giới hạn bình thường.

Xét nghiệm kháng nguyên nhanh Covid 19: âm tính

Xét Gene Xpert với bệnh phẩm đờm: Âm tính với MTB

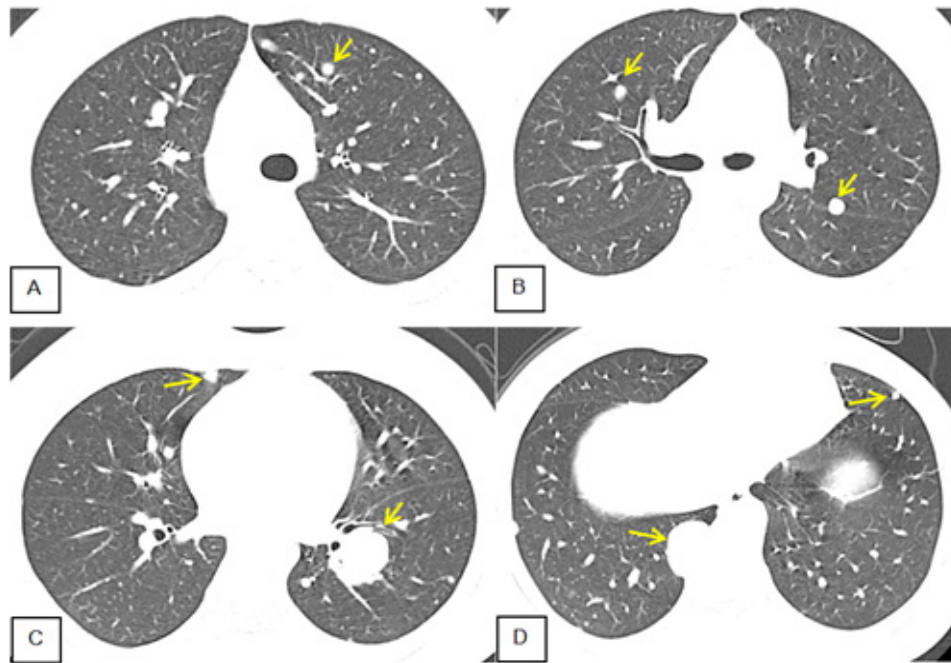
Chụp cắt lớp vi tính ngực: Kết quả chi tiết trong hình 2.

Siêu âm tim, đo điện tim, siêu âm ổ bụng không thấy bất thường.

Nội soi phế quản: Xung huyết dạng tăng sinh mạch niêm mạc phế quản gốc hai bên; chít hẹp PQ phân thùy số 10 trái. Đã lấy dịch PQ xét nghiệm tìm trực khuẩn lao,

nấm, tế bào. Các kết quả âm tính. Đã sinh thiết niêm mạc phế quản phân thủy X kết luận tế bào viêm

Chọc hút kim nhỏ hạch cổ bên trái cho kết quả hạch viêm mạn tính.



Hình 2. CT ngực, cửa sổ phổi khi BN vào khoa lâm sàng điều trị. A-D: Xuất hiện rất nhiều nốt tròn, nhẵn, ĐK từ 3 – 24 mm ở rải rác hai phổi (các mũi tên vàng)

Kết luận: Hình các nốt bất thường hai phổi theo dõi tổn thương thứ phát.

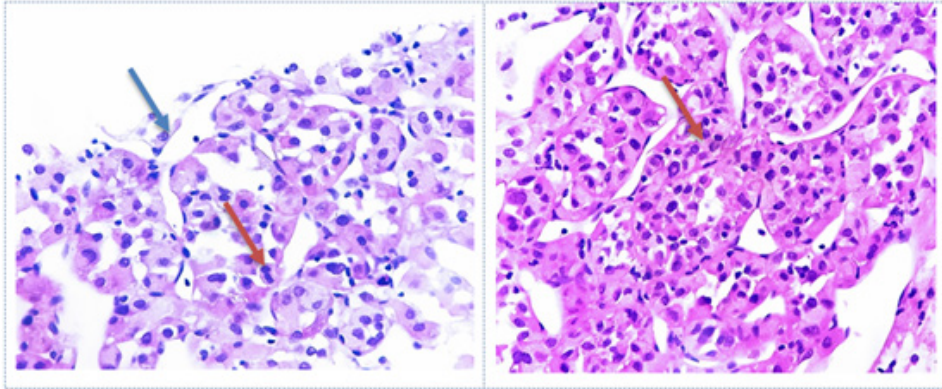
Chúng tôi đã tiến hành sinh thiết xuyên thành ngực

nốt lớn nhất phổi phải (# 24 mm). Chi tiết hình ảnh được thể hiện trong hình 5. Bệnh phẩm sau sinh thiết tiến hành làm GPB/MBH và nhuộm hoá mô miễn dịch.



Hình 3. Sinh thiết nốt phổi dưới hướng dẫn CLVT

BN nằm sấp, đường dẫn tiến sát bờ nốt (mũi tên). Đã cắt 03 mảnh bệnh phẩm, cố định trong fooc môn 10%, gửi giải phẫu bệnh



Hình 4. Vi thể mảnh sinh thiết nốt ở phổi

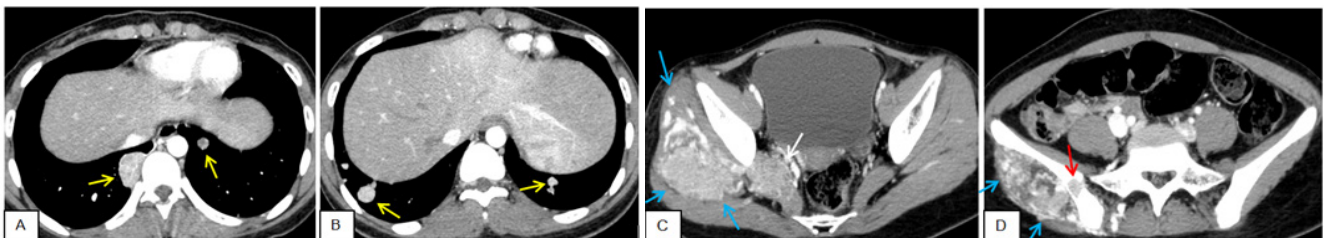
Mũi tên đỏ: Mô u, với các tế bào u hình đa diện, tế bào có nhân lớn, ưa kiềm, mất cực tính, bào tương tủa toan. **Mũi tên xanh:** Mô phế nang. Kết quả GPB/MBH mảnh sinh thiết: Mảnh sinh thiết vào vùng mô phế nang thấy các phế bào có hình thái bình thường, mô liên kết xâm nhập tế bào u hình đa diện, tế bào có nhân lớn, ưa kiềm, mất cực tính, bào tương tủa toan. **Kết luận:** Hình ảnh hưởng đến ung thư biểu mô. Đề nghị nhuộm hóa mô miễn dịch bổ sung để định typ.

Mô u được nhuộm HMMD cho kết quả âm tính với các dấu ấn CK, CK7, CK20, TTF1, NapsinA, CDX2, Thyroglobulin, WT1. Kết quả này cho thấy tế bào u không có nguồn gốc từ biểu mô, mà là một Sarcoma, kết hợp với hình thái mô bệnh học trên nhuộm HE, gợi ý Sarcoma cơ vân. Bác sĩ giải phẫu bệnh đề nghị khảo sát thêm các khối u khác toàn thân.

Hai ngày sau chụp CT ngực và sinh thiết, người bệnh được xét nghiệm Realtime PCR Sars –CoV-2 theo qui trình sàng lọc định kỳ đối với BN nội viện, kết quả dương tính (CT:18,74). Do tình trạng BN ổn định nên bệnh viện đồng ý cho BN tạm thời ra viện, cách ly điều trị Covid 19 tại nhà theo đúng qui định của Bộ Y tế.

Người bệnh quay lại viện sau 23 ngày điều trị Covid tại nhà. Xét nghiệm Realtime PCR Sars – CoV-2 âm tính khi nhập viện. Khám khi đó thấy khối cơ mông bên phải của BN to lên bất thường, ấn chắc, không đau, không sưng, nóng, đỏ.

Người bệnh đã được chụp cắt lớp vi tính 64 dãy ngực và ổ bụng có tiêm cản quang (lưu ý lấy hết vùng tiểu khung). Kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 3.



Hình 5. CT ngực bụng có tiêm cản quang sau khi BN quay lại bệnh viện điều trị. A,B: Các nốt phổi còn tồn tại, ngấm thuốc cản quang mạnh (mũi tên vàng). C,D: Khối bất thường cơ mông phải, ngấm cản quang mạnh, tăng sinh mạch nội và quanh khối (mũi tên xanh); khối lan sang cơ bịt trong bên phải (mũi tên trắng). Ổ khuyết xương xương chậu phải (mũi tên đỏ).

Người bệnh đã được hội chẩn liên khoa trong bệnh viện. Nhận định của hội chẩn: Nhiều khả năng khối u cơ mông phải ác tính di căn lên phổi, đề nghị sinh thiết khối

u này. Xét nghiệm đông cầm máu đã được tiến hành và cho kết quả bình thường. Người bệnh đã được sinh thiết khối u cơ mông bên trái. Kết quả mô bệnh học các tế bào

u có hình thái giống với nốt phổi đã sinh thiết, kết luận hình ảnh mô bệnh học phù hợp với sarcoma cơ vân thể hốc (ARMS)

Người bệnh đã được chụp cộng hưởng (CHT) từ có tiêm đối quang từ nhằm tầm soát di căn não. Kết quả không thấy bất thường trên phim CHT sọ não.

* Tổng hợp tất cả các dữ liệu từ chẩn đoán hình ảnh, GPB/MBH, HMMD chúng tôi đã đi đến chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh: U Sarcoma cơ vân thể hốc (ARMS) di căn phổi.

Sau khi có chẩn đoán xác định, đáp ứng nguyện vọng của gia đình, người bệnh đã được chuyển đến Bệnh viện K trung ương điều trị. Hiện chúng tôi vẫn đang theo dõi sát BN này; do BN mới được điều trị nên chưa có báo cáo về kết quả.

III. BÀN LUẬN

ARMS thuộc nhóm sarcoma mô mềm, thường gặp ở trẻ em (rất hiếm ở người lớn), độ ác tính cao và thường di căn sớm.⁸⁻¹² Bệnh nhi của chúng tôi chỉ được phát hiện khi đã di căn phổi gây ho ra máu. Các khối u ác tính nguyên phát của tế bào tổ chức liên kết thường xuất hiện ở hai nơi: xương và mô mềm; khởi đầu thường âm thầm, kín đáo, ít có biểu hiện lâm sàng song dấu hiệu gầy sút, giảm cân nhanh cần hết sức lưu ý.¹⁰ Khi đã di căn thì tùy từng tạng đến mà bệnh có các biểu hiện lâm sàng khác nhau.⁶⁻⁹

He W và cộng sự đã báo cáo ca bệnh ARMS ở người bệnh nữ 20 tuổi; khối u nguyên phát ở thành âm đạo, có di căn xương nhiều nơi. Người bệnh được chẩn đoán xác định bằng GPB/MBH bằng bệnh phẩm sinh thiết tại chỗ khối u âm đạo. Tổn thương di căn xương đã được khẳng định nguồn gốc từ các tế bào biểu mô liên kết bằng HMMD. Người bệnh đã tử vong sau 1 năm từ khi phát hiện bệnh chứng tỏ mức độ ác tính cao, tiến triển nhanh của căn bệnh này.²

Tordecilla C J và cộng sự cũng có báo cáo ca bệnh ARMS ở bé gái 7 tuổi với tổn thương nguyên phát tại xương đùi trái. Sinh thiết xương làm GPB và nhuộm HMMD đã giúp chẩn đoán xác định của ca bệnh. Báo cáo đã chỉ ra rằng Sarcoma cơ vân thể hốc nguyên phát của xương là hiếm gặp, nhưng nó nên được xem xét để chẩn đoán phân biệt với u xương thể tế bào tròn nhỏ

nguyên phát. Mặc dù có tiên lượng xấu type tế bào song loại u này dường như có mức độ ác tính thấp hơn nên muốn điều trị thành công cần phải có mức độ chẩn đoán chính xác cao để áp dụng liệu pháp đa mô thức trong phác đồ điều trị.³

Dziuba I và cộng sự đã có báo cáo tổng quan về sarcom cơ vân (RMS) với 2 thể chính phôi (ERMS) và thể hốc (ARMS). Do mức độ ác tính cao hơn và tiên lượng xấu hơn của ARMS so với ERMS nên sự phân biệt giữa các phân nhóm u cơ vân có ý nghĩa quan trọng về mặt lâm sàng. Báo cáo đã trình bày chi tiết phân loại mô học hiện tại của RMS, các nghiên cứu về sinh học phân tử và hóa mô miễn dịch cập nhật liên quan đến RMS gắn với ý nghĩa lâm sàng và liên quan tiên lượng của nó.⁴

Kumar A đã báo cáo trường hợp của u cơ vân thể hốc (ARMS) ở một bé trai 13 tuổi có biểu hiện mất thị lực không đau ở mắt phải, và có rất ít các dấu hiệu thực thể khác. Chẩn đoán ARMS đã được xác nhận với đặc điểm hình ảnh và xét nghiệm phân tử học của khối u. Mặc dù BN đã dung nạp các phác đồ hóa trị và xạ trị ban đầu, nhưng ung thư biểu mô màng não (leptomeningeal) vẫn tái phát và người bệnh không may qua đời. ARMS xảy ra ở một vùng của cơ thể song dẫn đến nhiều loại triệu chứng có thể xuất hiện, tạo ra một danh sách dài các sự khác biệt có thể trì hoãn việc điều trị. Loại u này có tiên lượng xấu do vị trí của khối u bao quanh các cấu trúc quan trọng ở não các biến cố bất lợi của các phương pháp điều trị luôn phải cân nhắc. Điều này nhấn mạnh đến vai trò của chỉ số nghi ngờ dạng u này trong những trường hợp không điển hình ở trẻ em và sự cần thiết phải điều trị kịp thời để ngăn ngừa tình trạng xấu có thể xảy ra.⁵

ARMS nguyên phát có thể xảy ra ở màng phổi. Lu H và cộng sự đã báo ca bệnh ARMS màng phổi hiếm gặp được báo cáo ở một cậu bé có biểu hiện khó thở trong hai tuần. Giải phẫu bệnh của một mẫu sinh thiết từ màng phổi cho thấy ARMS. Tiên lượng của người bệnh này là xấu vì không đáp ứng với hóa trị.⁷

Motoda N và cộng sự báo cáo trường hợp BN nữ, 50 tuổi ARMS có khối u ổ bụng và nhiều dịch ổ chướng. Sự bong tróc của các tế bào u cơ vân trong dịch ổ trướng là một thách thức về chẩn đoán vì các đặc điểm tế bào học của ARMS trong dịch cơ thể thường không có đặc trưng rõ

ràng, điều này làm phức tạp thêm chẩn đoán. Tế bào học của dịch cổ chướng cho thấy nhiều tế bào hình tròn nhỏ với chứng mất nhân nhẹ và nhân nổi rõ; không thấy tế bào nguyên bào cơ vân, đặc trưng của u cơ vân. Kết quả mô bệnh học đã thiết lập chẩn đoán ARMS, được khẳng định thêm bằng biểu hiện hóa mô miễn dịch của các dấu hiệu sinh cơ. Tác giả khuyến cáo rằng khi chẩn đoán ARMS từ các mẫu tràn dịch, các vấn đề chẩn đoán liên quan đến sự giống nhau về hình thái của tế bào ARMS với tế bào trung biểu mô phản ứng cần được xem xét một cách thận trọng.⁸ Straccia P báo có một trường hợp ARMS có tràn dịch màng tim. Xét nghiệm tế bào dịch màng tim bằng chuyển khối tế bào và HMMD đã khẳng định. Khuyến cáo tương tự cũng đã được đưa ra và người bệnh đã sớm qua đời sau khi được chẩn đoán.⁹

Taseer R và cộng sự đã báo có một ca bệnh tương tự như của chúng tôi đã báo cáo. Một trường hợp người bệnh nam 25 tuổi, có triệu chứng khó thở, mệt mỏi, sút cân. Trên phim điện quang ngực có nhiều nốt hai phổi. Chẩn đoán chính đã được thực hiện trên sinh thiết phổi. Trên hóa mô miễn dịch, các tế bào ác tính dương tính với myogenin, protein xác định nguyên bào myoblast 1 (MyoD1) và desmin, âm tính với các dấu ấn thần kinh nội tiết, tế bào mầm, tế bào biểu mô, tế bào hắc tố và bạch huyết. Nghiên cứu sâu hơn cho thấy có một khối sau phúc mạc trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT). Sinh thiết khối sau phúc mạc cho thấy hình thái MBH và HMMD tương tự. Tình trạng của người bệnh xấu đi nhanh chóng trong những tuần sau đó và đã qua đời. Tổng quan của báo cáo cũng nêu rõ Sarcoma cơ vân (RMS) là một trong những loại sarcoma mô mềm phổ biến nhất ở thiếu niên và thanh niên. Về mặt mô học, sarcoma cơ vân được phân loại thành 2 loại: thể tế bào phôi, thể hốc. Hơn 50% u cơ vân phôi xảy ra ở đầu và cổ, sau phúc mạc và khung chậu là những vị trí ít phổ biến hơn. Loại thứ nhất ảnh hưởng chủ yếu, nhưng không riêng biệt, ở trẻ em từ sơ sinh đến 15 tuổi. Sarcoma cơ vân thể hốc có xu hướng ảnh hưởng đến người bệnh lớn tuổi. Các vị trí di căn thông thường bao gồm phổi, hạch bạch huyết và tủy xương.¹⁰

Các báo cáo của Noda T, Kebudi R và cộng sự cho thấy RMS cũng thường di căn não sớm. Các biện pháp điều trị bao gồm hóa trị, xạ phẫu não có đáp ứng ban đầu song tỷ lệ tái phát cao và hầu hết người bệnh tử vong ở giai đoạn sớm.^{12,13}

Vai trò của 18F-FDG PET/CT trong việc hỗ trợ CT, CHT chẩn đoán RMS cũng đã được Dong Y và cộng sự báo cáo trong một nghiên cứu. Tổng số 28 RMS trẻ em (20 nam, 8 nữ; tuổi trung bình: 4,8 tuổi; 10 thể phôi; 18 thể hốc), 18F-FDG PET/CT được thực hiện ở giai đoạn chẩn đoán (28 BN), để đánh giá hiệu quả điều trị (13 BN) và để theo dõi (15 BN). Kết quả của NC: Ở giai đoạn chẩn đoán, 18F-FDG PET/CT và CT/MRI có hiệu quả như nhau trong (độ chính xác 100%). Thời gian theo dõi dao động từ 3 đến 48 tháng (trung bình là 18 tháng) để đánh giá hiệu quả điều trị. RMS thể hốc (ARMS) có SUVmax cao đáng kể và nhiều di căn hơn được tìm thấy. Kết luận: 18F-FDG PET/CT có thể hữu ích trong việc xác định giai đoạn và phục hồi RMS ở trẻ em, đặc biệt để đánh giá các tổn thương thứ phát với khả năng thay đổi chiến lược điều trị. SUVmax cao đáng kể của ARMS và nhiều di căn hơn có thể cho thấy tiên lượng xấu hơn cần được nghiên cứu thêm. Nghiên cứu này xác nhận rằng 18F-FDG PET/CT cũng có giá trị trong việc đánh giá và theo dõi điều trị.¹³ Nghiên cứu của Ricard F và cộng sự trên 13 BN với cùng với mục tiêu của NC trên và cũng đưa ra được các kết luận tương tự.¹⁴

Cuối cùng việc sử dụng các dấu ấn HMMD trong chẩn đoán xác định nguồn gốc tế bào trong chẩn đoán RMS có vai trò rất quan trọng, bao gồm các dấu ấn khẳng định và dấu ấn loại trừ.¹⁵⁻¹⁷ Ca bệnh chúng tôi báo cáo chẩn đoán xác định bằng GPB/MBH do hình thái tổn thương nguyên phát tại khối u mông là khá điển hình, tuy nhiên, cách tiếp cận người bệnh từ tổn thương tại phổi nên có trì hoãn thời gian chẩn đoán, và nhuộm hóa mô miễn dịch ban đầu chỉ có ý nghĩa loại trừ các ung thư biểu mô tại phổi và di căn đến phổi.

V. KẾT LUẬN

RMS là bệnh lý ác tính thuộc loại sarcoma mô mềm, thường gặp ở trẻ nhỏ và thiếu niên, ít gặp ở người. Vì là u của tổ chức liên kết, nguồn gốc trung mô nên bệnh thể hiện rất đa dạng về tổn thương nguyên phát và thứ phát. ARMS là 1 trong những dưới type của RMS có độ ác tính cao. Trường hợp chúng tôi báo cáo là một ví dụ của ARMS nguyên phát tại cơ mông có di căn phổi ở bệnh nhi 16 tuổi có ho ra máu. Bằng các kỹ thuật MBH/GPB và HMMD mà chúng tôi đã có chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ricker CA, Woods AD, Simonson W, et al. Refractory alveolar rhabdomyosarcoma in an 11-year-old male. *Cold Spring Harb Mol Case Stud.* 2021 Feb 19;7(1):a005983. doi: 10.1101/mcs.a005983. Print 2021 Feb. PMID: 33436392
2. He W, Jin Y, Zhou X, et al. Alveolar rhabdomyosarcoma of the vulva in an adult: a case report and literature review. *J Int Med Res.* 2020 Mar;48(3):300060520905438. doi: 10.1177/0300060520905438. PMID: 32223663
3. Tordecilla C J, Mosso Ch C, Franco S C, et al. Primary alveolar rhabdomyosarcoma of bone. *Andes Pediatr.* 2021 Jun;92(3):440-445. doi: 10.32641/andespediatr.v92i3.2613. PMID: 34479252
4. Dziuba I, Kurzawa P, Dopierała M, et al. Rhabdomyosarcoma in children - current pathologic and molecular classification. *Pol J Pathol.* 2018;69(1):20-32. doi: 10.5114/pjp.2018.75333. PMID: 29895123
5. Kumar A, Pothula V. Parameningeal alveolar rhabdomyosarcoma in a child. *BMJ Case Rep.* 2021 Jul 15;14(7):e243267. doi: 10.1136/bcr-2021-243267. PMID: 34266827
6. Vanella DS, Marengo A, Blando J, Villa A. Alveolar rhabdomyosarcoma with cardiac metastasis in a pediatric patient. *Arch Argent Pediatr.* 2021 Aug;119(4):e349-e352. doi: 10.5546/aap.2021.e349. PMID: 34309316
7. Lu H, Qin J, Wang Z. Pleural Alveolar Rhabdomyosarcoma. *Clin Lab.* 2017 Oct 1;63(10):1745-1748. doi: 10.7754/Clin.Lab.2017.170529. PMID: 29035460
8. Motoda N, Nakamura Y, Kuroki M, et al. Exfoliation of Alveolar Rhabdomyosarcoma Cells in the Ascites of a 50-Year-Old Woman: Diagnostic Challenges and Literature Review. *J Nippon Med Sch.* 2019 Sep 3;86(4):236-241. doi: 10.1272/jnms.JNMS.2018_86-404. Epub 2019 Apr 26. PMID: 31061253
9. Straccia P, Martini M, Pierconti F. Pericardial metastasis from alveolar rhabdomyosarcoma: A case report. *Diagn Cytopathol.* 2021 Aug;49(8):E297-E300. doi: 10.1002/dc.24717. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33560576
10. Taseer R, Ahmed TT. Embryonal Rhabdomyosarcoma Presenting as Lung Metastasis in an Adult: An Uncommon Presentation. *Cureus.* 2021 Feb 24;13(2):e13545. doi: 10.7759/cureus.13545. PMID: 33786248
11. Noda T, Todani T, Watanabe Y, Uemura S, Urushihara N, Morotomi Y, Sasaki K. Alveolar rhabdomyosarcoma of the lung in a child. *J Pediatr Surg.* 1995 Nov;30(11):1607-8. doi: 10.1016/0022-3468(95)90169-8. PMID: 8583337
12. Kebudi R, Ayan I, Görgün O, et al. Brain metastasis in pediatric extracranial solid tumors: survey and literature review. *J Neurooncol.* 2005 Jan;71(1):43-8. doi: 10.1007/s11060-004-4840-y. PMID: 15719274
13. Dong Y, Zhang X, Wang S, et al. 18F-FDG PET/CT is useful in initial staging, restaging for pediatric rhabdomyosarcoma. *Nucl Med Mol Imaging.* 2017 Dec;61(4):438-446. doi: 10.23736/S1824-4785.17.02792-3. Epub 2015 May 21. PMID: 25996974
14. Ricard F, Cimarelli S, Deshayes E, et al. Additional Benefit of F-18 FDG PET/CT in the staging and follow-up of pediatric rhabdomyosarcoma. *Clin Nucl Med.* 2011 Aug;36(8):672-7. doi: 10.1097/RLU.0b013e318217ae2e. PMID: 21716019

15. Yu J, Liu D, Sun X, et al. CDX2 inhibits the proliferation and tumor formation of colon cancer cells by suppressing Wnt/ β -catenin signaling via transactivation of GSK-3 β and Axin2 expression. *Cell Death Dis.* 2019 Jan 10;10(1):26. doi: 10.1038/s41419-018-1263-9.PMID: 30631044
16. Polivanova TV, Kasparov EV, Vshivkov VA, et al. Biomarkers CDX2, CK20, CK7 in Schoolchildren with Gastritis in the Realization of Familial Predisposition of Stomach Cancer. *Bull Exp Biol Med.* 2021 Dec;172(2):187-190. doi: 10.1007/s10517-021-05360-8. Epub 2021 Dec 2.PMID: 34853972
17. Veena VS, Saritha VN, George PS, et al. Immunoexpression of TTF1 and p63. Differentiates Lung Adenocarcinomas in Sputum Samples. *J Cytol.* 2021 Jul-Sep;38(3):151-157. doi: 10.4103/JOC.JOC_252_16. Epub 2021 Aug 23.PMID: 34703092

TÓM TẮT

Sarcoma là một thuật ngữ chung để chỉ một loại ung thư được tìm thấy trong các tế bào mô liên kết (những tế bào của trung mô). Có nhiều loại Sarcoma vì các tế bào mô liên kết có mặt ở khắp nơi trong cơ thể (xương, sụn, mạch máu ...), song loại ung thư này được chia thành 2 nhóm chính là Sarcoma xương và Sarcoma mô mềm. Sarcoma cơ vân (rhabdomyosarcoma - RMS) thuộc nhóm sarcoma mô mềm ở cơ vân, ác tính, thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở trẻ em. Sarcoma cơ vân thể hốc (Alveolar rhabdomyosarcoma - ARMS) là một dưới type của RMS, cực kỳ hiếm gặp ở người lớn. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh ARMS ở trẻ em, nguyên phát ở vùng cơ mông có di căn phổi, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh và hoá mô miễn dịch. Dữ liệu báo cáo và tài liệu tổng quan sẽ giúp các bác sỹ có được phương cách tiếp cận chẩn đoán tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

Từ khoá: *Sarcoma cơ vân; Sarcoma cơ vân thể hốc, u mô mềm di căn phổi.*

Người liên hệ: Cung Văn Công, Email: vancong13071964@gmail.com