

# UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VÂY DẠNG LYMPHO - BIỂU MÔ: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ XEM XÉT TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Cung Văn Công✉

Bệnh viện Phổi Trung ương

*Phân loại các khối u phổi của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2015, cập nhật 2021, ung thư tế bào vảy (Squamous cell carcinoma - SCC) có một số thay đổi/bổ sung so với phân loại trước đó. Về cơ bản SCC được chia thành 2 nhóm: (1) Tổn thương tiền xâm nhập; và (2) Ung thư biểu mô tế bào vảy. Nhóm (1) bao gồm loạn sản biểu mô vảy và ung thư biểu mô tế bào vảy tại chỗ. Loạn sản biểu mô vảy là một dạng tổn thương lành tính với một số điểm bất thường về mô học; Ung thư tế bào vảy tại chỗ được coi là một tổn thương tiền xâm nhập. Nhóm (2) bao gồm ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC) và ung thư biểu mô dạng lympho-biểu mô (Lymphoepithelial carcinoma - LEC). LEC là dưới típ (subtype) được di chuyển từ ung thư biểu mô bạch huyết (trong phân loại cũ), bổ sung vào phân loại này. Trong thực hành lâm sàng ung thư phổi, SCC gặp khá phổ biến và có thể xuất hiện ở rất nhiều cơ quan khác nhau; song LEC vô cùng hiếm. LEC là loại ung thư không phổ biến. Chúng thường được tìm thấy trong hầu họng và các tuyến bài xuất của cơ quan như tuyến nước bọt, tuyến ức, dạ dày và gan. Tuy nhiên, các trường hợp LEC gần đây được phát hiện ở các vị trí giải phẫu khác cũng được báo cáo, chẳng hạn như bàng quang, tuyến lệ, buồng trứng, cổ tử cung, da... Kể từ trường hợp đầu tiên được báo cáo về LEC ở phổi của Begin và cộng sự (1987), theo hiểu biết của chúng tôi đến nay đã có khoảng trên 150 trường hợp được báo cáo về LEC ở phổi trong các y văn trên toàn thế giới. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh LEC với biểu hiện khối u nằm trong nhu mô phổi có đặc điểm hình ảnh rất giống với u phổi lành tính có áp xe hoá. Chẩn đoán trước mổ gặp nhiều khó khăn. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi chứa u. Chẩn đoán mô bệnh học (MBH) và hoá mô miễn dịch (HMMĐ) bệnh phẩm sau mổ xác định trường hợp LEC.*

**Từ khoá:** Ung thư phổi, Ung thư biểu mô vảy dạng biểu mô lympho, Trung thất, Chụp cắt lớp vi tính, Mô bệnh học, Hoá mô miễn dịch.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ bạch huyết bao gồm bạch mạch và các hạch lympho. Về giải phẫu vi thể, hệ này cũng bao gồm có lớp tế bào biểu mô. Phân loại các khối u phổi 2015 thì ung thư biểu mô lympho được xếp trong nhóm ung thư hạch. Phiên bản cập nhật 2021 type này được di chuyển đến nhóm ung thư tế bào vảy. Tế bào vảy là tế bào biểu mô, có mặt ở khắp các cơ quan trong cơ thể.<sup>1</sup>

Về mặt mô bệnh học, LEC tương tự như ung thư biểu mô vòm họng không biệt hóa (Nasopharyngeal carcinoma- NPC).<sup>2-5</sup> Khi sinh thiết phổi cho kết quả dương tính với LEC, cùng với việc xác định nhiễm EBV, trước tiên phải loại trừ NPC nguyên phát với di căn phổi. do Điều này rất quan trọng vì cách tiếp cận khác nhau trong xử trí. Tia xạ là phương pháp điều trị chính trong NPC, ngược lại, phẫu thuật là phương thức điều trị chính cho LEC nguyên phát của phổi và hóa - xạ trị thường được lên kế hoạch tiếp theo sau phẫu thuật. Do đó, bất kỳ kết luận mô bệnh học nhầm lẫn nào được đưa ra sẽ dẫn đến việc xác định giai đoạn ung thư và quản lý bệnh nhân không đúng cách.<sup>2</sup>

Tác giả liên hệ: Cung Văn Công

Bệnh viện Phổi Trung ương

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận: 26/12/2022

Ngày được chấp nhận: 17/01/2023

Trên X-quang và CT ngực không thể phân biệt được tổn thương LEC nguyên phát và NPC di căn đến phổi. Biểu hiện giai đoạn đầu của LEC có thể được phát hiện trên CT là các nốt đơn độc, ở ngoại vi, đường kính < 3,5cm và thường không thấy hạch lớn rốn phổi, trung thất.<sup>2</sup>Các đặc điểm của LEC trên MRI là không đặc hiệu nhưng hữu ích trong việc xác định giai đoạn (ví dụ: xâm lấn dây thần kinh) và lập kế hoạch trước phẫu thuật.<sup>2</sup>PET/CT nhạy hơn và chính xác hơn so với CT đơn thuần trong việc xác định các nốt ác tính phổi. Tuy nhiên, việc xác định bản chất nốt vẫn đòi hỏi một phương pháp tiếp cận đa ngành với việc xác định phân loại mô bệnh học và giai đoạn TNM để từ đó có phương thức điều trị, quản lý tốt nhất cho người bệnh.<sup>2</sup>

Chúng tôi báo cáo trường hợp này nhằm bổ sung cho y văn một ca bệnh LEC hiếm gặp với đầy đủ các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và các bước tiếp cận chẩn đoán để các đồng nghiệp cùng tham khảo.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam, 67 tuổi, bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh chuyển đến bệnh viện Phổi trung ương với chẩn đoán theo dõi u phổi.

Bệnh sử: Khoảng 1 tháng trước khi vào viện BN xuất hiện ho, không có đờm kèm đau tức ngực; không sốt; không khó thở; ăn uống kém; mệt mỏi; gầy sút (2kg/tháng). Bệnh nhân đã đến bệnh viện (BV) đa khoa tuyến tỉnh khám, được chụp X-quang và CT ngực thấy khối bất thường phổi trái, được sinh thiết xuyên thành ngực (STXTN) dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính song chưa có kết quả giải phẫu bệnh (GPB). Sau STXTN BN đau ngực nhiều, xuất hiện khó thở => chuyển BV Phổi Trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt; thể trạng gầy; da niêm mạc kém hồng; không phù, không xuất huyết dưới da; hạch ngoại vi không sờ thấy; tuyến giáp không to. Khám

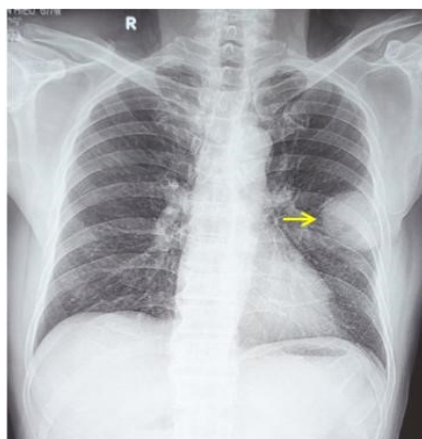
hô hấp: BN thở khí trời, SpO<sub>2</sub> 98%; nghe đáy phổi trái giảm thông khí, không có ran. Khám các chuyên khoa khác (tim mạch, tuần hoàn, tiêu hoá, tiết niệu, thần kinh) không thấy gì bất thường. Trước đó BN đã được tiêm phòng 3 mũi vắc xin phòng COVID-19, đã bị nhiễm Sar-CoV-2 không có triệu chứng và xét nghiệm (XN) âm tính 7 ngày trước khi chuyển đến BV Phổi trung ương. Mạch: 90 lần/phút; Nhiệt độ: 37°C; HA: 120/60mmHg; thở 20 lần/phút; nặng: 57kg; cao: 164cm; BMI: 21,2.

Bệnh nhân đã được làm các xét nghiệm (XN) cơ bản (công thức máu, sinh hoá máu, sinh hoá nước tiểu, đông cầm máu, khí máu): các kết quả trong giới hạn bình thường; Điện tim, đo CNHH, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng - tiết niệu tổng quát không thấy bất thường. XN PCR Sars – CoV-2: âm tính.

Các XN về lao (AFB đờm, Gene X pert MTB đờm, nuôi cấy đờm): Kết quả âm tính.

BN được nội soi phế quản: Thâm nhiễm nề gây hẹp nhẹ phế quản thùy lưỡi; sinh thiết niêm mạc phế quản gốc trái cho kết quả tế bào viêm.

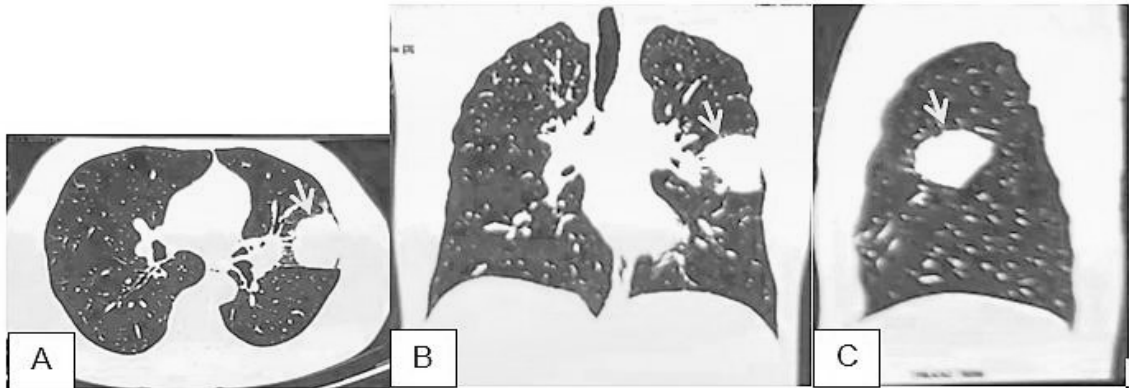
Bệnh nhân được chụp phim X-quang ngực thẳng, kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 1.



**Hình 1. X-quang ngực khi BN mới vào viện**

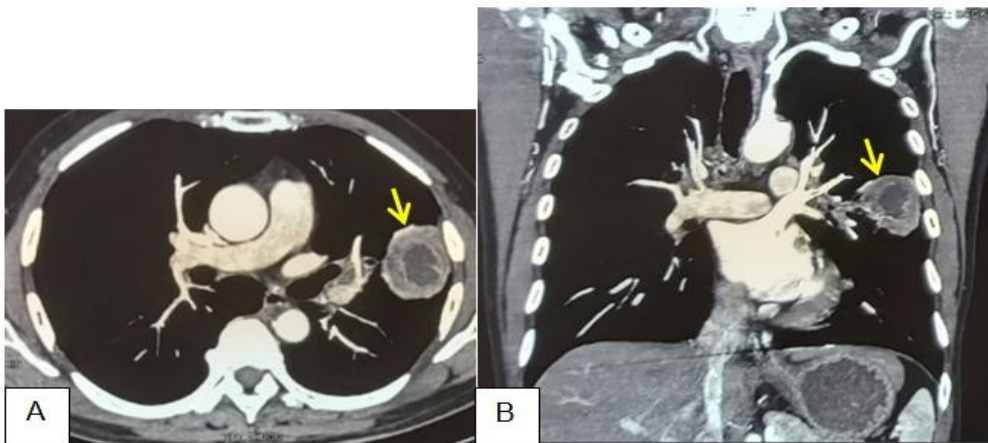
Xuất hiện khối bất thường phổi trái (mũi tên), kích thước # 52x48mm, đường bờ rõ, nằm ở 1/3 giữa trường phổi trái.

Bệnh nhân được chụp CT ngực, có tiêm cản quang, chi tiết được thể hiện tại hình 2.



**Hình 2. CT ngực, cửa sổ nhu mô, A (axial); B(coronal); D (sagittal)**

Xuất hiện khối bất thường, kích thước 48 x 40 x 52mm thùy trên phổi trái (các mũi tên). Khối có đường bờ rõ, nhẵn. C: Khối tiếp giáp song không vượt qua rãnh liên thùy.



**Hình 3. CT ngực, cửa sổ trung thất sau tiêm: A (axial); B (coronal)**

Khối bất thường phổi trái (mũi tên), đường bờ trơn nhẵn, ngấm cản quang mạnh vùng ngoại vi, vùng lõi giảm đậm, tỷ trọng thấp (# 20 HU) giống tổ chức hoại tử. Khối có tiếp giáp song không thấy dấu hiệu xâm lấn thành ngực.

Bệnh nhân đã được hội chẩn liên khoa. Căn cứ vào lâm sàng (ho, đau ngực); cận lâm sàng (không có Billan viêm); chẩn đoán hình ảnh như đã mô tả, Hội đồng đã đưa ra các khả năng có thể: (1) Khối u lành tính phổi trái có hoại tử

nội u; (2) Khối viêm có áp xe hoá phổi trái. Kết luận của hội đồng cần STXTN u dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính để làm mô bệnh chẩn đoán. Kỹ thuật đã được tiến hành, lấy được 4 mảnh bệnh phẩm, bảo quản đúng cách gửi làm giải phẫu bệnh (GBP); vi sinh (nuôi cấy tổ chức); dự phòng XN tìm gene đột biến, HMMD (nếu cần). Chi tiết hình ảnh sinh thiết được thể hiện trong hình 4.



**Hình 4. Sinh thiết u dưới hướng dẫn CLVT**

Khối u (mũi tên trắng); Kim sinh thiết đến trúng đích (mũi tên vàng)

**Kết quả GPB mảnh sinh thiết:** 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:** Tổn thương ác tính. Đề nghị nhuộm HMMD để định loại.

**Kết quả nhuộm HMMD** (tất cả mỗi dấu ấn được nhuộm đều có chứng dương kèm theo. Chứng dương: (Dương tính mạnh): (1) CD56: Các tế bào (TB) u âm tính; (2) CK: Các TB U dương tính (+++); (3) CK7: Các TB u âm tính; (4) P40: Các TB U dương tính (++) ; P63: Các TB U dương tính (+++); (6) Vimentin: Các TB U âm tính. **Kết luận:** Sự bộc các lộ dấu ấn HMMD phù hợp với ung thư biểu mô vảy không sừng hoá.

Bệnh nhân được hội chẩn lần 2, thống nhất chẩn đoán trường hợp ung thư phổi, type biểu mô vảy, không sừng hoá. Đề nghị chụp cộng hưởng từ (CHT) sọ não và PET/CT toàn thân để xác định giai đoạn.

**Kết quả CHT sọ não:** Không thấy bất thường.

**Kết quả PET/CT:** Khối thùy trên phổi trái, kích thước 48 x 39mm, tăng chuyển hoá (SUV = 12,4). Hạch rốn phổi trái (nhóm 10R): ĐK 15mm, SUV = 4,8 (tăng chuyển hoá nhẹ). Chi tiết hình ảnh được thể hiện tại hình 5.

**Bệnh nhân được hội chẩn lần 3:** Chẩn đoán trường hợp ung thư phổi giai đoạn T2 (ĐK ngang lớn nhất = 4,8cm (< 5cm); di căn hạch rốn phổi cùng bên (N1) và chưa có di căn xa (M0) = xếp loại giai đoạn IIb (phiên bản 8); có chỉ định phẫu thuật cắt thùy phổi có u.

Sau khi nhận được sự đồng thuận của BN và người nhà BN, các xét nghiệm trước mổ đã được tiến hành, khám tiền mê khẳng định không có chống chỉ định gây mê. BN đã được phẫu thuật nội soi cắt thùy trên phổi trái 5 ngày sau hội chẩn.

#### **Các nét chính của biên bản phẫu thuật**

- Rạch da 5cm theo liên sườn V đường trước bên; 1 lỗ đặt Troca liên sườn VII đường nách giữa. Quan sát thấy thùy trên trái dính nhiều vào thành ngực.

- Gỡ dính bóc tách vỏ màng phổi.

- Khối u # 3 x 3,5cm thùy trên phổi trái ngay trên rãnh liên thùy, màu tím, mật độ chắc; rãnh liên thùy trái hoàn toàn.

- Phẫu tích cuống phổi trái, cắt toàn bộ thùy trên trái bằng các Stapler (tổng 6 chiếc).

- Lấy toàn bộ hạch nhóm 2L, 4L, 5, 6, 11.

- Toàn bộ thùy trên và các nhóm hạch được gửi làm GPB.

#### **Kết quả GPB bệnh phẩm sau mổ**

- Đại thể khối u: Khối u kích thước # 5 x 4cm, mật độ mềm (đã rạch qua u), màu sẫm, có vài



**Hình 5. Hình ảnh PET/CT của BN.**

*A: PET toàn thân thấy nốt tăng chuyển hoá phổi trái (mũi tên vàng) và hạch rốn trái (mũi tên trắng).  
 B: Hình ảnh PET axial thấy khối phổi trái tăng chuyển hoá hình vòng (mũi tên vàng) và hạch rốn trái tăng chuyển hoá (mũi tên trắng). C: hình CT lát ngang mức với C*

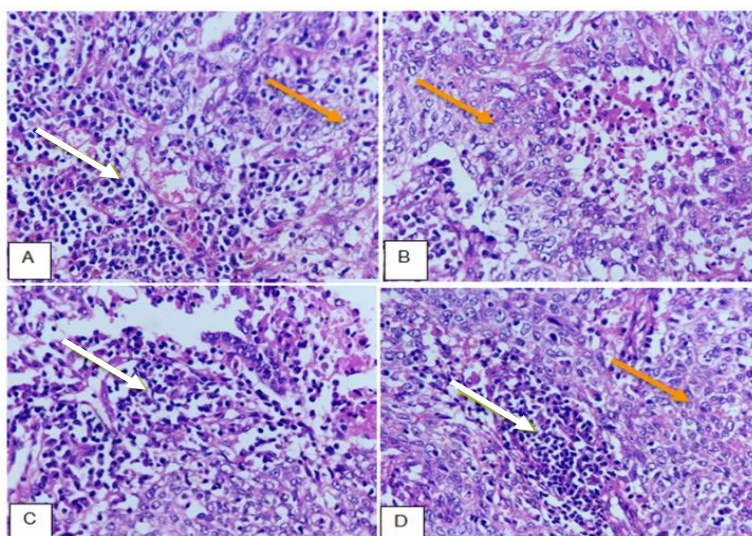
hạch nhỏ màu xám đen cạnh phế quản vùng mỡ cắt. U nằm sát làm co rút rãnh liên thùy.

- Vi thể: Mảnh sinh thiết là mô liên kết xâm nhập TB u có nhân lớn, ưa kiềm, hạt nhân rõ; các TB này đứng thành từng đám đặc thể hiện cầu nổi gian bào; không thấy cầu sừng. xen kẽ nhiều vùng tăng sinh Lympho bào lan toả tạo nang lympho. TB u xâm nhập cách màng phổi tạng khoảng 5mm. Diện cắt 0,5cm; 1cm;

1,5cm; 2cm; 2,5cm; 3cm còn TB u có tính chất tương tự. Diện cắt 3,5cm không còn TB u.

- Hạch nhóm 2L, 4L, 5, 6: Hạch viêm mạn tính; Hạch nhóm 11R: Ung thư biểu mô TB vảy di căn hạch.

=> Kết luận: Ung thư biểu mô vảy, thứ cấp ung thư biểu mô dạng lympho-biểu mô (Squamous cell carcinoma – Subtype Lymphoepithelial Carcinoma).



**Hình 6. Hình ảnh mô bệnh học bệnh phẩm sau phẫu thuật**

Nhuộm HE x 400. A-D: Mô u gồm các tế bào u hình đa diện (mũi tên cam) nhân hình oval ở trung tâm, giữa các tế bào có cầu nối gian bào, có hoại tử, không thấy sừng hóa rõ. Xen kẽ là các vùng lympho bào nhỏ (mũi tên trắng)

**Chẩn đoán xác định ca bệnh: Ung thư phổi, type biểu mô vảy, subtype LEC.**

Sau phẫu thuật BN được điều trị hỗ trợ bởi thuốc tăng cường miễn dịch Nivolumab liều tiêu chuẩn, 4 chu kỳ. Hiện BN được ra viện và hẹn khám lại theo lịch và chúng tôi vẫn đang theo dõi sát BN này.

### III. BÀN LUẬN

Phân loại khối u lồng ngực năm 2021 của WHO đã được công bố với nguyên tắc vẫn sử dụng hình thái học trước tiên, được hỗ trợ bởi HMMD, và sau đó là các kỹ thuật sinh học phân tử. Phân loại 2015 đặc biệt chú trọng đến việc sử dụng HMMD để phân loại chính xác hơn; năm 2021, ấn bản được nhấn mạnh nhiều hơn về những tiến bộ trong bệnh học phân tử trên tất cả các loại khối u. Các đặc điểm chính trong ấn bản này là (1) tập trung rộng rãi hơn vào XN di truyền so với phân loại năm 2015 của WHO; (2) Có một phần dành riêng cho việc phân loại các mẫu chẩn đoán nhỏ; (3) tiếp tục khuyến nghị ghi lại tỷ lệ phần trăm của các mẫu mô học trong ung thư biểu mô tuyến không xâm lấn để xác định kích thước yếu tố T trong phân loại TNM phiên bản 8; (4) ghi nhận sự lây lan của TB u qua các không gian xung quanh u như một đặc điểm mô học có ý nghĩa tiên lượng; (5) di chuyển ung thư biểu mô bạch huyết sang ung thư biểu mô tế bào vảy; (6) cập nhật về các khái niệm đang phát triển trong phân loại ung thư thần kinh nội tiết phổi; (7) công nhận u tuyến tiểu phế quản / u nhú tuyến nhầy như một thực thể mới trong phân nhóm u tuyến; (8) ghi nhận khối u không biệt hóa thiếu SMARCA4 lồng ngực; và (9) bao gồm các tiêu chuẩn chẩn đoán cần thiết và mong muốn cho mỗi khối u.

Như vậy LEC được công nhận là một thực thể thuộc nhóm ung thư biểu mô vảy (SCC), có thể xuất hiện ở mọi cơ quan trong cơ thể, trong đó có phổi.<sup>1</sup>

Về mô bệnh học, LEC được đặc trưng bởi sự phát triển lan tỏa của các tế bào biểu mô trên nền của các tế bào viêm, chủ yếu là tế bào lympho. LEC phổi ít phổ biến, chỉ chiếm 0,15 đến 3,6% của tất cả các loại ung thư biểu mô phổi với hầu hết các tài liệu được công bố ở châu Á. LEC của phổi đã được chứng minh là có mối liên quan với nhiễm trùng Epstein-barr virus (EBV), đặc biệt xảy ra ở người Hoa gốc Á chứ không phải người da trắng. LEC của bàng quang, da, âm đạo và cổ tử cung không có mối liên hệ với EBV. Mối liên quan giữa ung thư biểu mô tuyến phổi và ung thư biểu mô vảy phổi với EBV cũng đã được Gómez-Román JJ và CS báo cáo ở 19 trường hợp nghiên cứu. Tất cả các BN đều có biểu hiện nhám lẫn giữa khối u biểu mô và khối u lympho với thể hiện thâm nhiễm tế bào lympho dày đặc xen kẽ với các tế bào tân sinh tạo ra hình ảnh giống với phức hợp biểu mô lympho. Trong đó, 5 trường hợp được phân loại ung thư biểu mô tế bào vảy và 8 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến. Phương pháp phản ứng chuỗi polymerase bán định lượng, lai tại chỗ gen RNA 1 và 2 cũng như phương pháp nhuộm miễn dịch protein màng tiềm ẩn cho các phương pháp phát hiện DNA, RNA và protein của virus Epstein-Barr đã được sử dụng trong tất cả các trường hợp. Kết quả cho thấy không có trường hợp LEC nào cho thấy dương tính với vi rút Epstein-Barr (EBV).<sup>2,3,5-8</sup> Xét nghiệm phân lập EBV là một xét nghiệm tại các Labo đặc biệt, BN chúng tôi báo cáo đã không được làm XN này.

Triệu chứng lâm sàng của các khối u LEC tại phổi cũng tương tự như các khối ung thư phổi khác. Giai đoạn sớm hầu hết BN thường không

có biểu hiện gì. Giai đoạn muộn BN thường xuất hiện ho, đau tức ngực, gầy sút cân, mệt mỏi, ăn ngủ kém. Wong JF và CS đã có báo cáo trường hợp BN nữ 54 tuổi, được chẩn đoán khối U LEC phổi giai đoạn đã có di căn não. Bệnh nhân đến bệnh viện vì xuất hiện những cơn co giật. Chụp cộng hưởng từ (CHT) sọ não thấy các tổn thương di căn. Chụp CT ngực và STXTN đã xác định khối u LEC phổi phải. Bệnh nhân được xạ trị tại chỗ và hoá chất toàn thân cho kết quả lâm sàng tốt. Bệnh nhân khỏi bệnh trong 4 năm, sau đó bị tái phát ở phổi tại khối u nguyên phát và đã được phẫu thuật cắt bỏ. Sau phẫu thuật BN được hóa trị lần thứ hai và sống thêm được 2 năm nữa.<sup>2</sup>

Khối u LEC ở phổi có thể là nguyên phát song cũng có thể di căn từ nơi khác đến, đặc biệt từ các khối u NPC (Nasopharyngeal carcinoma) vùng hầu họng. Điều này cần đặc biệt lưu ý khi xét nghiệm MBH vì vấn đề chẩn đoán phân biệt vô cùng quan trọng đối với phương cách điều trị. Xạ trị là ưu tiên hàng đầu đối với NPC di căn phổi trong khi phẫu thuật thường được tiến hành đầu tiên đối với u LEC nguyên phát tại phổi, sau đó mới đến hoá - xạ trị. Whaley RD và CS đã có báo cáo 16 trường hợp NPC vùng tuyến nước bọt trong đó di căn phổi chỉ có 2 trường hợp (12,5%). Báo cáo cho thấy về đặc điểm hình ảnh của khối LEC thứ phát tại phổi không có sự khác biệt với khối nguyên phát.<sup>4</sup>

Đặc điểm hình ảnh của LEC trên X-quang ngực thường thể hiện nốt/khối đơn độc với đặc điểm đường bờ rõ, nhẵn, không thể hiện dạng nhiều múi. Trên CT ngực khối LEC cũng thường có thể hiện đường bờ trơn nhẵn. Để giải thích cho hình ảnh này Wong JF và CS cho rằng do u có nguồn gốc từ tế bào biểu mô bạch mạch trong khoảng kẽ phổi và sự phát triển các khối u trong khoảng kẽ phổi, kể cả nguyên phát và thứ phát đều thường có đặc điểm đường bờ trơn nhẵn.<sup>2</sup> Điều này có sự khác biệt với hình

ảnh các khối u tuyến phổi thường có đường bờ nhiều múi/ tua gai/ chân nhện và rất hay xuất hiện hình ảnh “đuôi màng phổi”.

Các khối u LEC ở phổi thường xuất hiện tình trạng hoại tử trong khối. Do vậy trên CT có tiêm cản quang thường chỉ thấy ngấm thuốc mạnh vùng ngoại vi, vùng lõi ít/không ngấm thuốc do tình trạng hoại tử. Hình ảnh tương tự cũng thấy trên PET/CT, vùng hoại tử thường không/ít bắt giữ 18-FDG, biểu hiện vùng không tăng chuyển hoá. Vùng vỏ SUV thường tăng cao do tập trung các tế bào ác tính, tăng chuyển hoá mạnh.<sup>2</sup>

Phẫu thuật cắt bỏ u LEC có thể chữa khỏi trong giai đoạn đầu nhưng chưa có sự thống nhất về việc lựa chọn hóa trị để điều trị các khối u giai đoạn cuối. Hầu hết các dữ liệu về hóa trị đều dựa trên một loạt trường hợp đơn lẻ và các nghiên cứu hồi cứu. Theo dữ liệu hiện có, loại u này ban đầu đáp ứng với hóa trị nhưng sau đó các đợt tái phát xuất hiện là phổ biến. Việc sử dụng hóa trị liệu thông thường trong các khối u tái phát dẫn đến độc tính tích lũy trong thời gian dài. Do thiếu các thông tin về đột biến gene nên các liệu pháp điều trị đích cũng không được chứng minh là có hữu ích. Các thuốc ức chế miễn dịch đã cho thấy lợi ích sống sót ở những BN ung thư biểu mô tế bào nhỏ và không phải tế bào nhỏ giai đoạn tiến triển với tác dụng phụ ít hơn so với hóa trị liệu thông thường song vai trò của nó trong LEC vẫn chưa được biết rõ. Mặc dù đã có một số nghiên cứu đã báo cáo sự biểu hiện cao của tế bào PD-1 hoặc liên kết của nó (PD-L1) trong LEC, là cơ sở lý luận để thử nghiệm các thuốc ức chế miễn dịch, nhưng lợi ích thực tế của các tác nhân này trong LEC vẫn không được báo cáo cho đến thời điểm này.<sup>9</sup>

#### IV. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô dạng lympho - biểu mô là thực thể hiếm gặp, đã được khẳng định trong phân loại các khối u phổi phiên bản 2021 của

WHO. Thể hiện lâm sàng của LEC tại phổi cũng tương tự như các loại ung thư phổi khác song đặc điểm hình ảnh (X-quang, CT scan) có nhiều đặc điểm giống u lành tính hơn ác tính. Cộng hưởng từ ít có vai trò trong chẩn đoán loại u này trong khi PET/CT rất có vai trò trong việc hỗ trợ chẩn đoán khối u ác tính. Phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi có u vẫn là lựa chọn hàng đầu cùng với việc vét bỏ hết các hạch rốn phổi và trung thất cùng bên. Hoá – xạ trị cần được sử dụng điều trị hỗ trợ su phẫu thuật.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nicholson AG, Tsao MS, Beasley MB, et al. The 2021 WHO Classification of Lung Tumors: Impact of Advances Since 2015. *J Thorac Oncol.* 2022 Mar;17(3):362-387. doi: 10.1016/j.jtho.2021.11.003. Epub 2021 Nov 20. PMID: 34808341
- Wong JF, Teo MC. Case report: Lymphoepithelial-like carcinoma of the lung - a chronic disease? *World J Surg Oncol.* 2012 May 21;10:91. doi: 10.1186/1477-7819-10-91. PMID: 22613459
- Román JJ, Martínez MN, Fernández SL, et al. Epstein-Barr virus-associated adenocarcinomas and squamous-cell lung carcinomas. *Gómez-Mod Pathol.* 2009 Apr;22(4):530-7. doi: 10.1038/modpathol.2009.7. Epub 2009 Feb 27. PMID: 19252476
- Whaley RD, Carlos R, Bishop JA, et al. Lymphoepithelial Carcinoma of Salivary Gland EBV-association in Endemic versus Non-Endemic Patients: A Report of 16 Cases. *Head Neck Pathol.* 2020 Dec;14(4):1001-1012. doi: 10.1007/s12105-020-01172-w. Epub 2020 May 27. PMID: 32462279
- Scott K, Trainor J, McVeigh G, et al. Human Papillomavirus (HPV)-associated Lymphoepithelioma-like Carcinoma of the Vagina and Anal Canal: A Rare Variant of Squamous Cell Carcinoma. *Int J Gynecol Pathol.* 2019 Mar;38(2):183-188. doi: 10.1097/PGP.0000000000000483. PMID: 29257037
- Scott K, Trainor J, McVeigh G, et al. Human Papillomavirus (HPV)-associated Lymphoepithelioma-like Carcinoma of the Vagina and Anal Canal: A Rare Variant of Squamous Cell Carcinoma. *Int J Gynecol Pathol.* 2019 Mar;38(2):183-188. doi: 10.1097/PGP.0000000000000483. PMID: 29257037
- Chheng DC. Cytology of bronchial associated lymphoid tissue lymphoma. *Diagn Cytopathol.* 2008 Oct;36(10):723-8. doi: 10.1002/dc.20877. PMID: 18773446
- Gómez-Román JJ, Martínez MN, Fernández, et al. Epstein-Barr virus-associated adenocarcinomas and squamous-cell lung carcinomas. *Mod Pathol.* 2009 Apr;22(4):530-7. doi: 10.1038/modpathol.2009.7. Epub 2009 Feb 27. PMID: 19252476
- Kumar V, Dave V, Harris J, Huang Y. Response of advanced stage recurrent lymphoepithelioma-like carcinoma to nivolumab. *Immunotherapy.* 2017 Sep;9(12):955-961. doi: 10.2217/imt-2017-0067. Epub 2017 Sep 20. PMID: 28971752



## Summary

# LYMPHOEPITHELIAL CARCINOMA: CASE REPORT AND RELATED DOCUMENTATION REVIEW

The WHO classification of lung tumors from 2015 was updated in 2021 where squamous cell carcinoma (SCC) has some changes/additions compared to the previous classification. Basically, SCC is divided into 2 groups: (1) Pre-invasive lesions; and (2) Squamous cell carcinoma. Group (1) includes squamous epithelial dysplasia and squamous cell carcinoma in situ. Squamous epithelial dysplasia is a benign lesion with some histological abnormalities; Squamous cell carcinoma in situ is considered a pre-invasive lesion. Group (2) includes squamous cell carcinoma (SCC) and lymphoepithelial carcinoma (LEC). LEC is a subtype migrated from lymphoma (in the old classification), added to this classification. In clinical practice of lung cancer, SCC is quite common and can appear in many different organs; but LECs are extremely rare. LEC is an uncommon type of cancer. They are commonly found in the pharynx and excretory glands of organs such as the salivary glands, thymus, stomach, and liver. However, recent cases of LEC detected in other anatomic sites are also reported, such as bladder, lacrimal gland, ovary, cervix, skin, etc. Since the first case was reported on lung LEC by Begin et al (1987), to our knowledge there have been more than 150 reported cases of pulmonary LEC in the literature worldwide. We present a case of LEC with lung parenchymal tumor presentation with imaging features very similar to a benign lung tumor with abscess. Preoperative diagnosis is difficult. The patient underwent laparoscopic resection of the lung containing the tumor. Histopathological diagnosis and immunohistochemistry of postoperative specimens confirmed LEC case.

**Keywords:** Lung cancer, Lymphoepithelial Carcinoma, Mediastinum, Computed tomography, Histopathology, Immunohistochemistry.