

UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN Ở PHỔI DI CĂN NỘI NHÃN THÔNG BÁO TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

TRẦN HÒA - Khoa GPBL Bệnh viện C Đà Nẵng
TẠ VĂN TỜ - khoa GPBL Bệnh viện K Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: U ác tính di căn đến mắt thường ít gặp, có tỷ lệ mắc bệnh thấp. Chúng tôi thông báo một trường hợp ung thư biểu mô tuyến di căn nội nhãn có biểu hiện khá điển hình về lâm sàng và giải phẫu bệnh ở Bệnh viện C Đà Nẵng, nhằm rút kinh nghiệm trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân:

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: tổng quan các ghi nhận về các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh từ bệnh nhân và hồi cứu những y văn có liên quan.

Kết quả: Bệnh nhân nam 61 tuổi xuất hiện đau mắt, giảm thị lực và tăng nhãn áp ở mắt phải sau 5 tháng được điều trị hóa chất do bị ung thư phổi trái, qua siêu âm và CT, phát hiện khối tổn thương nội nhãn. Bệnh nhân được lấy bỏ nhãn cầu, kết quả mô bệnh học cho thấy một trường hợp ung thư biểu mô tuyến của phổi di căn mắt với các dấu ấn miễn dịch được bộc lộ CK 7 (++)+, CK20(-), CEA(+++) và TTF-1(+++). Mặc dù triệu chứng di căn hiếm khi thể hiện nhưng cũng cần phải lưu ý trên những bệnh nhân ung thư có dấu hiệu giảm thị lực, Ung thư di căn mắt cần phải được nghĩ đến ở những tổn thương nội nhãn trên những bệnh nhân có tiền sử ung thư.

Chẩn đoán về mô bệnh học hỗ trợ tốt cho việc xác định vị trí của u nguyên phát và góp phần trong chẩn đoán và điều trị.

Kết luận: Chẩn đoán di căn mắt phải được đặt ra trên một bệnh nhân có tiền sử ung thư và giảm thị lực hoặc bất kỳ những triệu chứng về mắt

SUMMARY

INTRAOCCULAR METASTASES FROM LUNG ADENOCARCINOMA: CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Background: Eyes metastases of malignant tumor are not common; we report a case with clinicopathological correlation of metastatic adenocarcinoma of the lung to intraocular in Hospital C Danang.

Methods: We review the clinical and pathological record of patient and appropriate literature.

Results: A 61 year old man developed pain, decreased visual and glaucoma in his right eye; five months after undergoing chemotherapy of the left lung cancer. Ocular examination by ultrasound and CT found intraocular lesions. The enucleation was performed; histopathology confirmed a metastatic

adenocarcinoma of the lung to intraocular with the expression immunohistochemical marker CK7 (+++)/CK20(-); CEA(+++), TTF-1(+++).

Although symptomatic ocular metastases are rare, they should be considered in cancer patients presenting with alterations in visual acuity. Metastatic cancer should be considered in the differential diagnosis of intraocular lesions. The lung carcinoma is the second most common primary site of ocular metastasis; ophthalmological examination of patients with lung cancer having visual symptoms is quite significant.

Histopathological diagnosis can aid localisation of the primary tumor and allow prompt treatment to be instituted.

Conclusion: The Ocular metastases should be suspected in patients with history of cancer and decreased visual acuity or any other symptoms of eyes

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương ác tính di căn đến mắt, đặc biệt là di căn vào nội nhãn là một trong những biểu hiện bệnh lý hiếm gặp, tỉ lệ mắc bệnh trên những bệnh nhân ung thư rất thấp khi so sánh với các vị trí di căn xa thường gặp khác như gan, phổi, xương, não. Trong thực tế lâm sàng các bệnh nhân ung thư ít được quan tâm đến những vấn đề nhãn khoa một cách có hệ thống, các nhà nhãn khoa ở các tuyến cơ sở thường bỏ qua những mối liên hệ giữa mắt và tiền sử ung thư của bệnh nhân đến khám mắt.

Trong tháng 1/2011 tại khoa Giải Phẫu Bệnh Lý Bệnh Viện C Đà Nẵng đã ghi nhận được một trường hợp ung thư biểu mô tuyến ở phổi di căn nội nhãn có các đặc điểm điển hình về mặt lâm sàng và giải phẫu bệnh. Chúng tôi thông báo trường hợp này và hồi cứu y văn nhằm rút kinh nghiệm và bổ sung cho lâm sàng một tư liệu tham khảo trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân ung thư có triệu chứng ở mắt.

TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân Trần Công Th. Sinh năm 1951, Nam giới.

Địa chỉ: Sơn Trà-Đà Nẵng. Nghề Nghiệp: giáo viên Hồ sơ vào viện lần 1 số 8512 - Bệnh viện C Đà Nẵng.

Ngày 31/8/2010- Bệnh nhân đến khám bệnh với lý do khàn tiếng- mất tiếng được chẩn đoán là viêm

thanh quản cấp, điều trị không đáp ứng, được chụp X-Quang phổi thường qui phát hiện tổn thương ở phổi trái nghi lao phổi, xét nghiệm BK đờm âm tính.

Ngày 15/9/2010 chụp CT phát hiện ung thư phổi trái, có di căn gan. Bệnh nhân được chuyển đến tuyến trên tiếp tục điều trị hóa chất. Trong thời gian này phát hiện có di căn hạch cổ trái

Ngày 11/1/2011, bệnh nhân có triệu chứng đau nhức mắt phải rất nhiều, chảy nước mắt, nên nhập viện điều trị tại khoa mắt, hồ sơ bệnh án nhập viện lần 2 số 1100334.

Bệnh nhân được chẩn đoán: Glaucom cấp ở mắt phải, nhãn áp mắt phải: 32mm Hg, mắt trái: 16 mm Hg. Thị lực mắt phải: ánh sáng(+), không soi được đáy mắt, có cương tụ ria. mắt trái: thị lực 8/10.

Kết quả siêu âm mắt(13/1/2011): nhãn cầu tròn đều, có khối tăng âm hình dạng không đồng nhất, xâm chiếm gần toàn bộ nhãn cầu.

Kết quả CT(17/1/2011):

- Mắt phải: Nội nhãn tăng đậm độ bất thường vùng chứa dịch kính, kích thước hốc mắt không thay đổi. Không thấy dấu hiệu tổn thương dạng hiệu ứng chohan chỗ trong vòng hậu nhãn cầu.

- Mắt trái: cấu trúc mô não không có dấu hiệu bất thường. Kết luận: MP tăng đậm độ nội nhãn cầu, chưa thấy tổn thương nội sọ trước và sau thuốc cản quang

Bệnh nhân được chỉ định lấy bỏ nhãn cầu mắt phải thực hiện phẫu thuật ngày 18/1/2011.

Kết quả giải phẫu bệnh: tiêu bản số P11- 056.

- Đại thể: Nhãn cầu căng, có đường kính khoảng 4cm, trong lòng nhãn cầu chứa nhiều dịch đồng đặc màu xám đen, hơi đỏ, mủn nát, dễ bong, vồng mạc dày khoảng 5mm.

- Vi thể: các tế bào vồng mạc bị bong ra, nhiều dịch kết tinh, mô hoại tử, xen lẫn các đám tế bào ung thư mô tuyến co cụm thành đám nhỏ, kích thước không đều, có nhân lớn nhân chia rõ. Bào tương hẹp, hơi sáng.

- Kết quả hóa mô miễn dịch: (thực hiện tại Bệnh Viện K Hà Nội)

CK 7 dương tính (+++), CK 20 âm tính (-).

CEA dương tính (+++), TTF-1 dương tính (+++).

Kết luận: Di căn ung thư biểu mô tuyến của phổi đến nội nhãn.

Sau mổ bệnh nhân ổn định, các triệu chứng ở mắt giảm hẳn được xuất viện ngày 21/01/2011. Tái khám sau 1 tháng và 6 tháng (12/7/2011): bệnh nhân ổn định.

BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ mắc bệnh.

Horner - vào năm 1864 và Perl - vào năm 1872 đã có những mô tả đầu tiên về biểu hiện của di căn ung thư biểu mô đến hốc mắt và màng mạch mắt thông qua việc khám nghiệm tử thi (12,16). Năm 1904 Ulthoff tìm thấy 1/30000 bệnh nhân mắt bị ung thư di căn, Những nghi nhận trong những năm 20-30 vào thế kỷ 20 cho thấy tỷ lệ di căn mắt rất thấp từ 1/48000 đến 1/150000 bệnh nhân mắt (12,13,18). Trong một nghiên cứu lâm sàng của Godtfredson vào năm 1944 đã cho thấy trên 8712 bệnh nhân ung thư bị di căn được xạ trị,

có 6 bệnh nhân bị di căn mắt, tỉ lệ khoảng 0,07%. Một thông báo khác vào năm 1967 của Albert tỉ lệ di căn mắt là 2,3% mắt. Các ghi nhận khác cho thấy tỉ lệ di căn mắt dao động từ 4-7,3%(18). Một tỉ lệ mắc bệnh khá thấp cho bệnh lý ung thư di căn mắt về mặt lâm sàng(18). Tuy nhiên qua việc khám nghiệm tử thi một cách hệ thống trên những bệnh nhân ung thư tử vong lại cho thấy tỷ lệ di căn mắt của ung thư biểu mô có một tỷ lệ khá cao: nghiên cứu của Block cho thấy tỉ lệ này lên đến 12% tổng số bệnh nhân; tương tự như vậy ở một ngân hàng mắt cũng có tỉ lệ 12,6% bị di căn mắt trên những bệnh nhân ung thư hiến giác mạc (18). Trong vòng 27 năm tỉ lệ ung thư di căn đến mắt tăng từ 2,2% đến 10,5% (7). Một số y văn về nhãn khoa đã nhấn mạnh ung thư biểu mô di căn đến mắt là một nhóm bệnh thường gặp nhất trong những trường hợp u ác tính ở mắt. Theo Sheild cho thấy 2/3 bệnh nhân có bệnh lý nội nhãn đều có tiền sử bị ung thư (3). Các tế bào ung thư di căn đến mắt theo đường máu, các tác giả cho rằng do lưu lượng máu cao ở động mạch thể mi và cấu trúc mao mạch của màng mạch mắt là điều kiện thuận lợi cho sự xâm nhập và phát triển các tế bào ung thư (2,10). Các tế bào u đến mắt thông qua một nhánh của động mạch cảnh trong đến động mạch mắt qua mạch máu thể mi và đi vào màng mạch nhỏ của mắt để hình thành khối ung thư thứ phát (4). Vào khoảng 50% tổn thương di căn đến mắt không thấy tiến triển trong giai đoạn thăm khám cũng như trong giai đoạn điều trị hóa chất. Sự tự ổn định và / hoặc thoái triển của ung thư biểu mô di căn mắt có thể thấy trong bối cảnh lâm sàng đáp ứng với điều trị hóa chất trong ung thư một cách có hệ thống hoặc như là một hình thức tự phát ở một vài bệnh nhân không được điều trị (11). Tuy nhiên trong thực tế lâm sàng được ghi nhận điều quan trọng chính là các tế bào ung thư di căn đến mắt đã có một sự nhạy cảm cao đối với hóa trị liệu và sự tiến bộ trong việc sử dụng có hiệu quả hóa trị liệu có thể coi là một nguyên nhân làm giảm tỷ lệ di căn mắt nhất là những phác đồ có chứa hoạt chất Taxone (26). Điều này được thể hiện qua nghiên cứu của Barak cho thấy những trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú và ung thư biểu mô phổi ở giai đoạn lan tỏa chỉ 2,17% có di căn mắt trên những bệnh nhân ung thư phổi và 0% trên bệnh nhân ung thư vú đối với những bệnh nhân không có triệu chứng mắt (26). Và một nghiên cứu khác chỉ có dưới 1% bệnh nhân ung thư phổi có di căn mắt (6). Như vậy di căn mắt của ung thư biểu mô có thể được xem như là một biểu hiện cho sự đáp ứng kém đối với hóa trị liệu?

2. Vị trí u nguyên phát.

Các y văn đều nhấn mạnh u nguyên phát thường gặp trong những trường hợp ung thư biểu mô di căn đến mắt là ung thư vú trên những bệnh nhân nữ và ung thư phổi trên những bệnh nhân nam. Theo Sheid cho thấy có đến 2/3 trường hợp bệnh nhân di căn mắt có tiền sử bị ung thư (3). Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là nam giới, đã được xác định u nguyên phát ở phổi tương tự với nghi nhận của các tác giả khác. Tỷ lệ bệnh nhân bị di căn mắt có một sự thay đổi tùy theo ghi nhận của các tác giả khác nhau; 77% - 87% bệnh

nhân nữ bị di căn mắt có tiền sử ung thư vú, 11% bệnh nhân nữ có tiền sử ung thư phổi (4). 26% - 49% bệnh nhân nam bị di căn mắt có tiền sử ung thư phổi (4,7). Biểu hiện di căn đến màng mạch mắt đứng ở hàng thứ sáu trong những vị trí thường gặp của di căn ung thư phổi đến các cơ quan xa. Di căn mắt thường được tìm thấy khi có ít nhất hai cơ quan bị di căn (9). Bên cạnh đó vẫn có một số trường hợp bệnh nhân di căn mắt chưa phát hiện được vị trí u nguyên phát 34% bệnh nhân không có tiền sử ung thư tại thời điểm chẩn đoán 17% - 19% không tìm thấy u nguyên phát (9,19). Các ghi nhận khác cho thấy 24,7% bệnh nhân nam và 7,8% bệnh nhân nữ cũng không phát hiện được u nguyên phát (4). Đôi khi biểu hiện di căn mắt được phát hiện trước khi có triệu chứng u nguyên phát tỉ lệ này dao động từ 11,6% - 46% (4,13). Trong một khảo sát theo chiều ngược lại trên những bệnh nhân ung thư phổi thì tỉ lệ di căn đến mắt khá thấp từ <1% - 2,17% đối với những bệnh nhân không có triệu chứng ở mắt (6,26). Đối với những trường hợp bệnh nhân có triệu chứng ở mắt thì tỉ lệ ung thư phổi di căn đến mắt lên đến 6-7% tổng số bệnh nhân (6). Hsuan cho rằng đa số bệnh nhân di căn mắt có thể không có triệu chứng và không được chẩn đoán (6). Bên cạnh u nguyên phát là vú và phổi các vị trí nguyên phát khác cũng được ghi nhận trong những trường hợp bệnh nhân bị di căn mắt, u nguyên phát ở đường tiêu hóa chiếm từ 3,5 - 4% tổng số bệnh nhân, thận: 2%, da: 2%, tuyến tiền liệt: 1,3- 2%, tinh hoàn: 3%, tụy: 0,9%, tuyến giáp: 0,4%, các vị trí khác: 4% (4,19).

3. Về thời điểm xuất hiện u di căn ở mắt.

Thời điểm kể từ khi bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị u nguyên phát cho đến khi có tổn thương di căn mắt được phát hiện, có một sự thay đổi trong những nghiên cứu của các tác giả, đa số bệnh nhân được phát hiện dưới một năm: 15,4-61% bệnh nhân (4,7), từ 1-2 năm: 11,9%(4). Thời gian trung bình để chẩn đoán di căn mắt là 171 ngày (dao động từ 66-1180 ngày) (6). Ngoài ra di căn mắt có thể được phát hiện trong vòng từ 10 tháng đến 11 năm (27). Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, thời điểm phát hiện được bệnh là sau 5 tháng kể từ khi có chẩn đoán ung thư phổi cũng nằm trong khoảng thời gian mà các tác giả khác ghi nhận. Di căn đến các cơ quan xa thường là biểu hiện của một tình trạng ung thư tiến triển, các tác giả khác đã nhấn mạnh ung thư biểu mô di căn mắt thường phối hợp với các di căn ở những cơ quan khác. Tỉ lệ di căn mắt đơn độc khá thấp chỉ chiếm từ 16-18,8% tại thời điểm chẩn đoán bệnh ở mắt (6,7). Khi di căn đến mắt nhất là vùng nội nhãn, màng mạch mắt, có ít nhất là 2 hệ cơ quan khác cũng bị ảnh hưởng ($p=0,03$) (9). Có hơn 80% cho đến 86% cơ quan khác bị di căn bên cạnh tổn thương ở mắt (6,7,8) trong đó di căn mắt kèm di căn xương 52-59%, não: 24-31,8%, gan: 21-41%, hạch: 11-50% (6,8) Di căn nhiều cơ quan xa thường gặp ở bệnh nhân nữ hơn bệnh nhân nam 66% với 39% tổng số bệnh nhân (6). Bệnh nhân chúng tôi bên cạnh tổn thương di căn mắt còn phát hiện thêm ổ di căn ở gan và hạch trong quá trình chẩn đoán và

điều trị ung thư phổi tương đồng với những ghi nhận được nêu trên.

4. Các đặc điểm lâm sàng khác.

- Về giới tính và tuổi: Trong những trường hợp di căn đến mắt trong ung thư phổi đa số bệnh nhân là nam giới, tỉ lệ nam chiếm đến 61% so với 16% là nữ giới trong vòng 12 tháng (7). Tỉ lệ nam: nữ trong các nghiên cứu khác cũng tương tự như vậy # từ 1,5/1 đến 2/1 (6,8). Bệnh nhân trẻ tuổi nhất được ghi nhận ung thư di căn mắt là 4 tuổi có u nguyên phát là ung thư biểu mô thể phôi tinh hoàn, đối với ung thư biểu mô nguyên phát ở phổi là bệnh nhân nữ 12 tuổi có di căn của một trường hợp Carcinoid phế quản (4). Nhìn chung lứa tuổi bệnh nhân bị di căn mắt nói chung trung bình là 64 tuổi cho cả 2 giới (15). Trong những trường hợp di căn từ phổi tuổi đa số bệnh nhân đều trên 50 tuổi, trung bình là 54-56,1 tuổi: dao động từ 42 - 84 (6,7) hoặc 61 ±10 tuổi (8). Ở trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có những điểm tương đồng với các ghi nhận của y văn cũng là nam giới, cũng nằm trong độ tuổi 60.

- Vị trí mắt di căn: Các nghiên cứu cho thấy hầu hết các trường hợp u di căn mắt chỉ khu trú một mắt đơn độc chiếm tỉ lệ cao từ 70-96%, trong khi đó ung thư di căn đến hai mắt cũng được ghi nhận với một tỉ lệ thấp và có một sự dao động tùy theo cơ sở nghiên cứu của các tác giả thay đổi từ 4,4 đến 30% (4,7,17). Tổn thương di căn đến hai mắt có tỉ lệ mắc bệnh cao trong những trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú nguyên phát khi so sánh với các vị trí nguyên phát khác (11). Trong những trường hợp di căn mắt đơn độc, vị trí mắt Phải, mắt Trái mắt nào nhiều hơn vẫn chưa có số liệu thống nhất. Có nghiên cứu cho thấy mắt Phải bị nhiều hơn mắt Trái khoảng 55,3% so với 51,3% (15). Trong khi đó có tác giả cho rằng mắt Trái bị nhiều hơn mắt Phải: 46% ở mắt Trái 29% ở mắt Phải và 25% ở cả hai mắt (7), tỉ lệ mắt trái / mắt phải là 1,5 /1 (4). Điều này được các tác giả giải thích là do nhánh thần kinh của động mạch cảnh trong bên trái được chia nhánh trực tiếp từ động mạch chủ. Ở bệnh nhân chúng tôi lại thể hiện một trường hợp hiếm gặp là bệnh nhân bị ung thư phổi trái nhưng lại có di căn đến mắt phải. Đa số bệnh nhân đều có dấu chứng giảm thị lực, một số tác giả coi đây là dấu hiệu lâm sàng đầu tiên trong trường hợp ung thư di căn đến mắt (2,3), 92% bệnh nhân có giảm thị lực 26% thị trường hẹp, 88% bệnh nhân được phát hiện do giảm thị lực (7). Ngoài ra lâm sàng của những bệnh nhân bị ung thư di căn mắt còn biểu hiện một tình trạng viêm mãn tính màng mạch nhỏ và tăng nhãn áp thứ áp, bệnh nhân của chúng tôi có nhãn áp mắt phải lên đến 32 mmHg. Biến chứng bong võng mạc cũng thường gặp có tỉ lệ mắc bệnh cao từ 87,9-90% tổng số bệnh nhân (5,13). Các triệu chứng lâm sàng khác như lóa mắt có biểu hiện ở 13% tổng số bệnh nhân, ruồi bay (floaters): 5-21%, ám điểm (Scotoma): 6-31%, nhiễu loạn hình thể (metamorphopsia) 3-5% bệnh nhân, song thị, đổ mắt, đau cũng được ghi nhận (3,4,20). Triệu chứng đau trong mắt không thường gặp nhưng có thể vẫn hiện diện đến 16% bệnh nhân di căn

mắt (20). Xuất huyết và tiết dịch võng mạc cũng được ghi nhận khi khám mắt (2). Có lẽ đây chính là những nguyên nhân đã gây khó khăn và không thể soi đáy mắt cho bệnh nhân của chúng tôi được. Khi phẫu tích đại thể khối nhãn cầu cho thấy toàn bộ nội nhãn chứa nhiều mô hoại tử và máu đông. Màu sắc hình dáng và thành phần phân bố mạch máu ở đáy mắt là những tính chất quan trọng góp phần vào trong chẩn đoán phân biệt giữa u di căn với các bệnh lý khác: di căn mắt đến từ phổi, thận có màu cam(3), các mảng sắc tố trên võng mạc, màng mạch có màu vàng, và màu nâu dịch kính có thể là ung thư hắc tố di căn (1,2). Di căn từ vú, đường tiêu hóa và phổi có màu vàng chói đến vàng trắng, từ thận có màu đỏ cam, từ tuyến giáp có màu đỏ cam đến hồng (17).

Chẩn đoán lâm sàng một trường hợp ung thư biểu mô di căn mắt cần được đặt ra trên một bệnh nhân tiền sử ung thư, có giảm thị lực hoặc có những triệu chứng về mắt khác.

- Về phân loại mô học của ung thư phổi di căn: Theo các nghiên cứu cho thấy loại mô học của ung thư biểu mô phổi di căn đến mắt thường gặp là loại ung thư biểu mô tuyến, tỉ lệ gặp trong di căn mắt từ 41-68,8% tổng số bệnh nhân (6,8). Các loại mô học khác cũng được ghi nhận ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm: 18.1-18.8%, ung thư biểu mô kém biệt hóa: 12,5% (6,8), ung thư biểu mô tế bào nhỏ: 22,7%, ung thư tế bào lớn: 13,6%, carcinoid: 4,5% (8). Bệnh nhân của chúng tôi cũng được ghi nhận là một trường hợp ung thư biểu mô tuyến của phổi di căn đến mắt, phù hợp với tỉ lệ bệnh qua nhận xét của các tác giả nêu trên.

Việc xác định nguồn gốc ung thư và vị trí nguyên phát của u trên những bệnh nhân có biểu hiện di căn xa không gặp khó khăn trên những trường hợp bệnh nhân có tiền sử lâm sàng, có chẩn đoán hình ảnh rõ ràng và có được một chẩn đoán mô bệnh học thường qui đáng tin cậy. Tuy nhiên để có được những chứng cứ chắc chắn hơn và luôn được y văn nhấn mạnh là việc áp dụng Hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán mô bệnh học thông qua việc sử dụng các dấu ấn Cytokeratin (CK): để xác định ung thư có nguồn gốc biểu mô và phối hợp với các dấu ấn đặc hiệu cho cơ quan riêng biệt. Xác định sự bộc lộ các loại CK góp phần trong việc phân loại chính xác và chi tiết của các loại biểu mô khác nhau. Trong quá trình phát triển và biến đổi thành u, các dấu chứng chỉ điểm đặc hiệu của các loại CK của tế bào vẫn được lưu giữ.

CK7 và CK20 là dấu hiệu thường được áp dụng để xác định vị trí lâm sàng giữa ung thư biểu mô tuyến tiền liệt: CK7(-)/CK20(-) và ung thư biểu mô niệu mạc: CK7(+)/CK 20(+); ung thư biểu mô tế bào gai: CK7(-) và ung thư biểu mô niệu mạc bàng quang CK7(+) và giữa ung thư biểu mô đại trực tràng: CK7(-)/ Ck20(+) với ung thư biểu mô buồng trứng, nội mạc tử cung, phổi, tuyến nước bọt hoặc tuyến vú CK7(+)/Ck20(-) (21,23).

Trong trường hợp ung thư biểu mô tuyến của phổi di căn được xác định bằng CK7(+)/CK20(-) đạt ngưỡng 94% (21,22,23,24).

Đối với dấu ấn đặc hiệu cho cơ quan: TTF-1 được xem là đặc hiệu cho ung thư biểu mô tuyến của phổi đạt ngưỡng: 75% - 96% (+) (21,24,25). Ngoài ra dấu ấn CEA (+) cũng được coi là chỉ điểm cho ung thư biểu mô tuyến ở phổi (24).

Sự phối hợp trong việc đánh giá Hóa mô miễn dịch với các dấu ấn CK7, CK20, TTF-1, CEA cũng hội đủ điều kiện để chẩn đoán phân biệt giữa ung thư biểu mô tuyến ở phổi với các nhóm ung thư biểu mô tuyến khác (22)

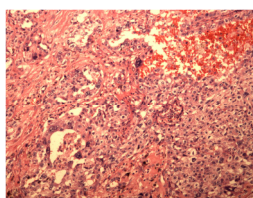
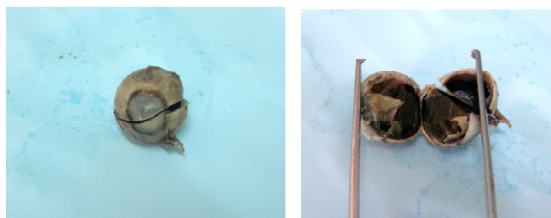
Kết quả về Giải phẫu bệnh lý thường quy và Hóa mô miễn dịch ở bệnh nhân chúng tôi thỏa mãn tất cả các điều kiện cho phép để kết luận về một trường hợp di căn mắt của ung thư biểu mô tuyến ở phổi với CK7 (+++), CK20 (-), CEA (+++), TTF-1 (+++).

KẾT LUẬN

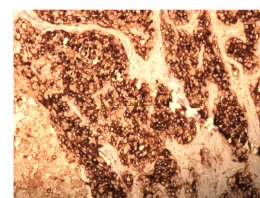
Ung thư biểu mô tuyến của phổi Trái di căn đến nội nhãn mắt Phải được thể hiện khá điển hình về mặt lâm sàng - giải phẫu bệnh trên một bệnh nhân nam 61 tuổi được điều trị hóa chất trước đó 5 tháng với triệu chứng ở mắt: đau, giảm thị lực và tăng nhãn áp.

Đây là một trường hợp hiếm gặp và có thể xem là một cảnh báo cho chúng tôi cần quan tâm đến mắt trên những bệnh nhân ung thư nhiều hơn. Chẩn đoán u di căn mắt cần đặt ra khi những bệnh nhân ung thư hoặc có tiền sử ung thư nhất là trên bệnh nhân lớn tuổi có triệu chứng về mắt hoặc liên quan đến mắt, để có hướng xử trí và điều trị thích hợp. Thăm khám mắt một cách hệ thống trong quá trình săn sóc và theo dõi bệnh nhân ung thư biểu mô là một vấn đề nên được quan tâm hơn.

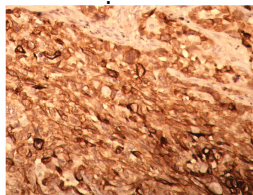
HÌNH ĐẠI THỂ KHỐI U NHÃN CẦU



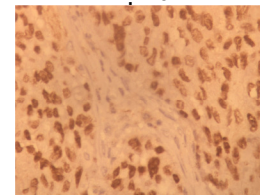
Nhuộm HE x 40



Nhuộm CEA



Nhuộm CK7



Nhuộm TTF1

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anita M. Ieys et Al (1990)-Metastatic carcinoma to the retina, clinicopathologic finding in two cases □ Arch ophthalmol - Vol 108, Oct □ 1948 - 1952.
2. Antonio Rossi et Al (2005)-Synchronous bilateral retinal metastases from lung carcinoma - Tumori 9, 287-289.
3. Akin kaya et Al (2005)-Metastatic lung cancer; presenting with ocular symptoms-Tuberkuloz ve Toraks Dergisi 53(4) 386-389.
4. Andrew P. Ferry, Ramon L. Font (1974)- Carcinoma metastatic to eyes and orbit. I. A clinicopathologic study of 227 cases- Arch ophthalmol Vol 92, Oct-276-286.
5. Arthur Skarin et Al (1999)- Choroidal Metastases □ J. clinical oncology, Vol 17(10) Oct:3358-3359.
6. Hsuan Tsung Su (2008)-Case review: Symptomatic ocular metastases in lung cancer-Respirology 13:303-05.
7. Isabelle d'Abbadie et Al (2003)- Choroid Metastases: clinical features and Treatment in 123 Patients- Cancer 2003, 98: 1232-8.
8. Klaus Martin Kreusel et Al (2008) □ Incidence and clinical characteristics of symptomatic choroidal metastases from lung cancer-Acta Ophthalmol; 86:515-519
9. Kreusel K.M et Al (2002)- Choroidal metastases in disseminated lung cancer: Frequency and risk factor- Am.J.Ophthalmol 2002 Sept 134(3):445-7.
10. Leonard Weiss (1993)-Analysis of the incidence of intraocular metastasis □ BJ Ophthalmol 77:149-151.