

Hodgkin Lymphoma

SINH LÝ HỌC

LOẠI HÌNH LỊCH SỬ

- HODGKIN LYMPHOMA CỔ ĐIỂN (95%) - Tế bào B

ung thư hạch đặc trưng bởi sự hiện diện của

Tế bào Reed – Sternberg. CD15 và CD30 dương tính.

Rải theo kiểu có trật tự đến liên kề

vùng nút

- BỆNH LÃO HÓA SÔNG (70%) - phổ biến hơn

ở nữ, sự tham gia của cơ hoành trên

(khối trung thất). Ba hạng bao gồm

tế bào lympho chiếm ưu thế (G1), hỗn hợp (G2),

và hợp bào (G3)

- TẾ BÀO HỖN HỢP (20–25%) - phổ biến hơn ở nam giới. Có xu hướng là EBV +. Bệnh sau phúc mạc. Tiên lượng xấu hơn

- LYMPHOCYTE RICH (5%) - phổ biến hơn ở

con đực lớn tuổi, hạch ngoại vi.

Tiên lượng tốt

- LYMPHOCYTE DEPLETED (2%) - gan và tủy tham gia tương đối ít

hạch bạch huyết. Tiên lượng xấu hơn

- NODULAR LYMPHOCYTE-PREDOMINANT HODGKIN

LYMPHOMA (5%) - nam giới, đỉnh cổ trên. Đặc trưng bởi tế bào bọng ngô. Chậm tiến triển, tiên lượng tốt. CD20 dương tính. Tái phát muộn phổ biến hơn

CÁC YẾU TỐ RỦI RO

- LỊCH SỬ GIA ĐÌNH
- MÔI TRƯỜNG - công nhân gỗ, nông dân, công nhân thịt
- BỆNH - tăng bạch cầu đơn nhân (nhiễm EBV 3 ×), AIDS, cấy ghép tủy xương

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG

- HIỆU ỨNG MASS — nổi hạch, gan lách to, trung thất / bụng / vùng chậu khối lượng có thể gây phá hủy cục bộ, tắc nghẽn và nén
- NHIỆT HỌC — thiếu máu, giảm tiểu cầu, tăng tế bào lympho, tăng bạch cầu ái toan
- CONSTITUTIONAL — Tham khảo cụ thể các triệu chứng B giảm cân > 10% trong vòng 6 tháng, sốt > 38 ° C [$> 100,4^{\circ}\text{F}$], và đổ mồ hôi ban đêm.
Các triệu chứng hiến pháp khác bao gồm mệt mỏi, chán ăn, ngứa
- HỘI CHỨNG BỆNH LÝ - đau do rượu, da (sạm da, hồng ban đa dạng, ban đỏ nốt,

các tổn thương hoại tử, bệnh vẩy cá, bệnh nấm da đầu,
mày đay), thần kinh (thoái hóa tiểu não paraneoplastic, múa giật, viêm não limbic,
bệnh thần kinh cảm giác bán cấp, bán cấp
bệnh thần kinh vận động thấp hơn, hội chứng stih man),
thận (bệnh thay đổi tối thiểu, FSGS),
tăng calci huyết

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, phết tế bào ngoại vi, dung dịch kiềm, urê, Cr,
AST, ALT, ALP, bilirubin, Ca, LDH, ESR, albumin, immunoglobulin định lượng,
huyết thanh

điện di protein, HCV, HBV và HIV

huyết thanh học

- HÌNH ẢNH — X-quang, CT ngực / bụng / xương chậu,

Quét thú vật

- LYMPH NODE BIOPSY — giới thiệu đến phẫu thuật

ĐẶC BIỆT

- BONE MARROW BIOPSY — nếu B có triệu chứng, Hb

<120 g / L [<12 g / dL] ở nữ, Hb <130 g / L

[<13 g / dL] ở nam giới, WBC $<4 \times 10^3 / \mu\text{L}$, tiểu cầu $<125 \times 10^3 / \mu\text{L}$

- KIỂM TRA ENT — giai đoạn IA hoặc IIA với

liên quan đến hạch bạch huyết cổ tử cung

- MRI SPINE — nếu nghi ngờ tủy sống

nén

- MUGA QUÉT HOẶC ECHOCARDIOGRAM — đánh giá

chức năng tim trước khi điều trị bằng anthracycline

- QUÉT GALLIUM — giai đoạn IA hoặc IIA mà không cần can thiệp vào lồng ngực

CÁC VẤN ĐỀ CHÍNH

CÁC YẾU TỐ CẦN THIẾT CHO GIAI ĐOẠN SỚM

BỆNH - tuổi > 50, bệnh công kênh, ESR > 50

mm / h không có triệu chứng B hoặc ESR > 30 mm / h

với các triệu chứng B, thiếu máu

YẾU TỐ CỘNG HÒA QUỐC TẾ

ĐIỂM DỰ ÁN CHO HODGKIN NÂNG CAO

LYMPHOMA (ĐIỂM SỐ HASENCLEVER)

- CÁC YẾU TỐ - tuổi > 45, giới tính nam, Ann Arbor

giai đoạn lâm sàng IV, albumin < 40 g / L [< 4 g / dL],

huyết sắc tố < 105 g / L [< 10,5 g / dL], bạch cầu

> $15 \times 10^3 / \mu\text{L}$, tế bào lympho < $0,6 \times 10^3 / \mu\text{L}$, hoặc

< 8% tổng số lượng bạch cầu

- ĐIỂM - 1 điểm cho mỗi yếu tố, với số điểm từ 0–7

- TIỀN ÍCH - tồn tại 5 năm không tiến triển
là 84%, 77%, 67%, 60%, 51%, 42% cho điểm số
tương ứng là 0, 1, 2, 3, 4 và 5–7

SỰ QUẢN LÝ

HODGKIN LYMPHOMA CỔ ĐIỂN

- GIAI ĐOẠN GIỚI HẠN (giai đoạn IA, IIA hoặc IB với khối lượng <10 cm) —ABVD (doxorubicin, bleomycin, vinblastine và dacarbazine) $\times$ 2–3 chu kỳ tiếp theo là

liên quan đến xạ trị

- GIAI ĐOẠN NÂNG CAO (tất cả các giai đoạn khác) -

ABVD (doxorubicin, bleomycin, vinblastine,

dacarbazine) hoặc BEACOPP (bleomycin, etoposide, doxorubicin, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine, prednisone) $\times$ 6 chu kỳ.

Đánh giá lại bằng PET-CT. Nếu bệnh còn sót lại, hãy xem xét việc chiếu xạ liên quan

- PHÒNG KHÁM HOẶC BỆNH CÓ LIÊN QUAN — BEAM (BCNU,

etoposide, cytarabine, melphalan) hoặc CBV

(cyclophosphamide, BCNU, etoposide) sau đó là cấy ghép tế bào gốc tự thân và

bảo trì brentuximab. Đối với những bệnh nhân yếu,

xem xét brentuximab (kháng thể chống CD30

liên hợp với auristatin), hoặc các chất ức chế điểm kiểm soát miễn dịch nên được xem xét. Tổng thể,

40–50% với bệnh chịu lửa và 60–70%

với lần đầu tiên tái phát có thể được chữa khỏi

NODULAR LYMPHOCYTE-PREDOMINANT

HODGKIN LYMPHOMA

- GIAI ĐOẠN CÓ GIỚI HẠN (giai đoạn IA) —đang được giải quyết

xạ trị

QUẢN LÝ (CONT'D) QUẢN LÝ (CONT'D)

- GIAI ĐOẠN GIỚI HẠN (IB, IIA hoặc IIB) —ABVD $\times$ 2 chu kỳ

tiếp theo là xạ trị ield liên quan

- GIAI ĐOẠN NÂNG CAO (tất cả các giai đoạn khác) —ABVD hoặc

R-CHOP (rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone) $\times$ 6 chu kỳ.

Đánh giá lại bằng PET-CT. Nếu bệnh còn sót lại, hãy xem xét việc chiếu xạ liên quan

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

THEO DÕI — 3 tháng một lần trong 2 lần đầu tiên

năm, 6 tháng một lần trong 3 năm tiếp theo, sau đó

hàng năm. Đặc biệt chú ý đến việc tái phát

(10–30%), suy giáp (50%), sâu răng,

và khối u ác tính thứ hai (vú, phổi, thực quản, dạ dày, tuyến giáp, u ác tính, cổ tử cung, AML)