

## **U LYMPHO DẠNG NGUYÊN BÀO LYMPHO TẾ BÀO T: ĐỒNG BIỂU HIỆN CD33, CD117 VÀ CD34. DẤU ẤN TDT ÂM TÍNH: BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG**

**Hồ Ngọc Dương\*, Nguyễn Thị Thanh Thủy, Phan Vĩnh Sinh,  
Lê Văn Hùng, Hoàng Ngọc Thanh**

### **TÓM TẮT**

U lympho dạng nguyên bào lympho tế bào T (T-LBL) là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chủ yếu ở trẻ em và thanh thiếu niên. Sự đồng biểu hiện CD33, CD117 và CD34 trong T-LBL là hiện tượng bất thường hiếm gặp, dễ nhầm lẫn với bạch cầu cấp dòng tủy. Chúng tôi báo cáo bệnh nhân nam 26 tuổi, khởi phát với hạch cổ phải to dần. Sinh thiết hạch ban đầu chỉ gợi ý Lymphôm không rõ loại. Tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, Flowcytometry phát hiện tế bào ác tính biểu hiện cy\_CD3, CD5, CD7 cùng đồng biểu hiện CD33, CD117, CD34 và TdT âm tính. Bệnh nhân được chẩn đoán T-LBL và điều trị theo phác đồ Hyper-CVAD. Sau 3 chu kỳ, tổn thương hạch và khối trung thất giảm rõ rệt. Báo cáo góp phần bổ sung dữ liệu về kiểu hình miễn dịch bất thường trong T-LBL và nhấn mạnh vai trò của Flowcytometry trong chẩn đoán chính xác.

**Từ khóa:** T-LBL; CD33; CD117; CD34; Flowcytometry.

## **CO-EXPRESSING CD33, CD117 AND CD34 OF T-CELL LYMPHOBLASTIC LYMPHOMA: A CASE REPORT**

### **ABSTRACT**

T-cell lymphoblastic lymphoma (T-LBL) is a rare malignancy, mainly affecting children and adolescents. Co-expression of CD33, CD117, and CD34 in T-LBL is extremely uncommon and may mimic acute myeloid leukemia. We report a 26-year-old male presenting with progressive cervical lymphadenopathy. Initial biopsy was inconclusive. At Da Nang Oncology Hospital, flow cytometry revealed abnormal cells expressing cy\_CD3, CD5, CD7 with aberrant co-expression of CD33, CD117, CD34 and negative TdT. The patient was diagnosed with T-LBL and treated with Hyper-CVAD. After three cycles, both mediastinal mass and lymphadenopathy markedly regressed. This case adds to the

---

**Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng**

\*Chịu trách nhiệm chính: Hồ Ngọc Dương

Email: duongch@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

limited data on rare immunophenotypic variants of T-LBL and emphasizes the role of flow cytometry in accurate diagnosis.

**Keywords:** T-LBL; CD33; CD117; CD34; Flow cytometry.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho dạng nguyên bào lympho tế bào T (T-LBL) là một dạng u lympho không Hodgkin có độ ác tính cao, thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, chiếm tỷ lệ nhỏ trong các bệnh lý tạo máu ác tính. Tại Việt Nam, số liệu về T-LBL còn hạn chế, đặc biệt là các trường hợp có biểu hiện miễn dịch bất thường. Trong bối cảnh các kỹ thuật chẩn đoán chuyên sâu như hóa mô miễn dịch, miễn dịch tế bào dòng chảy (Flowcytometry) và xét nghiệm sinh học phân tử ngày càng được triển khai tại các bệnh viện chuyên khoa ung bướu, việc nhận diện các ca bệnh hiếm đóng vai trò quan trọng nhằm tránh nhầm lẫn chẩn đoán nhầm với các bệnh lý dòng tủy.

Trường hợp chúng tôi báo cáo có sự đồng biểu hiện CD33, CD117 và CD34 - những dấu ấn thường thuộc về dòng tủy - trong bệnh cảnh T-LBL, kèm theo TdT âm tính. Đây là hiện tượng hiếm gặp, có thể gây thách thức lớn trong chẩn đoán và lựa chọn phác đồ điều trị. Việc ghi nhận và phân tích ca bệnh không chỉ giúp nâng cao hiểu biết chẩn đoán tại các cơ sở y tế, mà còn đóng góp thêm dữ liệu cho y văn trong nước về đặc điểm đa dạng của T-LBL.

## 2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

### Tiền sử bệnh

Bệnh nhân nam, 26 tuổi. Tiền sử: Nói khó, giảm thính lực bẩm sinh. Bệnh khởi phát tháng 10/2024 với nổi hạch cổ phải. Hạch to dần, tháng 12/2024, bệnh nhân đi khám tại Bệnh viện tỉnh Khánh Hòa, được sinh thiết hạch, kết quả Lymphoma không rõ loại, LCA(+), CD20 (-), CD3(-), Ki67(+) 60%, TdT(-), CD34(-), CD79a(-). Bệnh nhân xin chuyển Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng điều trị tiếp.

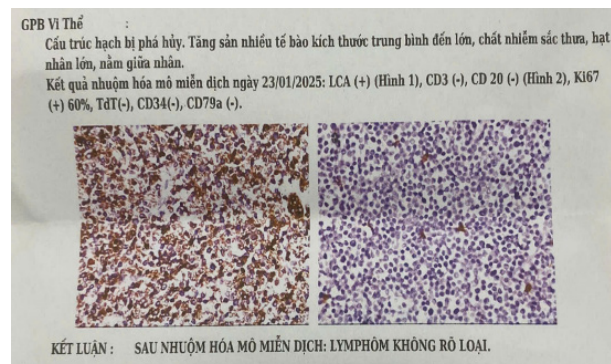
### Khám lâm sàng

Thể trạng trung bình. Không có triệu chứng B. Nhiều hạch cổ phải, ĐK # 3 cm, cứng chắc, di động, không đau. Lách không to, gan không to. Không có triệu chứng thần kinh.

### Cận lâm sàng

Công thức máu: Bạch cầu giảm nhẹ (3.47G/l), hồng cầu và tiểu cầu trong giới hạn bình thường. LDH: bình thường. Tủy đồ: Tăng tỷ lệ lympho trong tủy. Theo dõi U lympho thâm nhiễm tủy. Dịch não tủy: Trong, không màu, không thấy tế bào.

CT scan bụng-tiểu khung: Không thấy hạch phì đại ổ bụng. CT scan hàm mật: Nhóm II, III, IV, V cổ (P) có nhiều hạch mật rón, ngấm thuốc kém, đồng nhất sau tiêm dmax #28×30mm. Nhóm II, IV cổ (T), nhóm VIb quanh khí quản có vài hạch không rõ rón, một số hạch rón lệch tâm, dmax #15×8 mm. CT scan lồng ngực: Trung thất trước có khối tỷ trọng mô mềm, kích thước #68×44×106 mm, ngấm thuốc không đồng nhất, hình không đều, giới hạn kém rõ. Nền cổ (P) có nhiều hạch bệnh lý dmax #20 mm. Cảnh thất (T) có vài hạch ngấm thuốc không đồng nhất dmax #10 mm.



Hình 1. Kết quả hóa mô miễn dịch

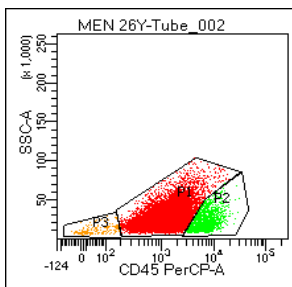
Sinh thiết hạch cổ (BV tỉnh Khánh Hòa): Mô bệnh học: Tăng sản nhiều tế bào kích thước trung bình đến lớn, chất nhiễm sắc thưa, hạt nhân lớn, nằm giữa nhân.

Kết quả Hóa mô miễn dịch (BV tỉnh Khánh Hòa): Dấu ấn dương tính: LCA dương tính, Ki67 dương tính 60%. Dấu ấn âm tính: CD3, CD20, TdT, CD34, CD79a. Kết luận Lymphôm không rõ loại.

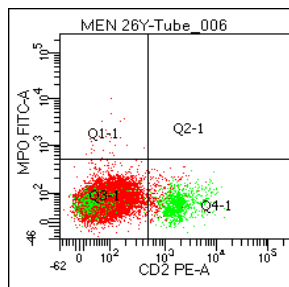
Kết quả Phân loại miễn dịch bằng Flowcy-

tometry (BVUB Đà Nẵng): Ghi nhận quần thể tế bào bất thường (màu đỏ Hình 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) chiếm 80% tế bào hạch có đặc điểm: Dấu ấn dương tính: cy\_CD3, CD34, HLA-DR, CD5, CD7, CD33, CD10, CD117. Dấu ấn âm tính: CD3, CD79a, MPO, CD4, CD8, CD16, CD56, CD19, CD20, CD13. Kết luận: Theo dõi bất thường tế bào non dòng Lympho T.

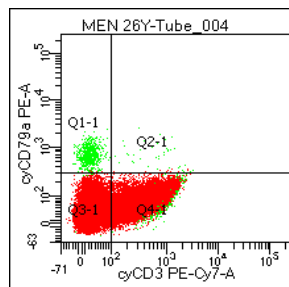
Các xét nghiệm di truyền, sinh học phân tử: Không áp dụng.



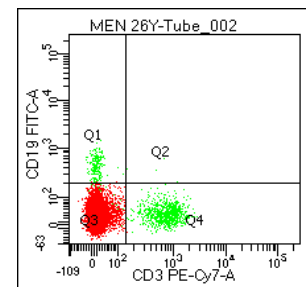
Hình 2. CD45 & SSC



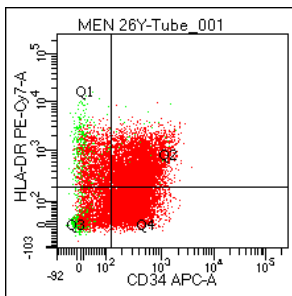
Hình 3. CD2&MPO



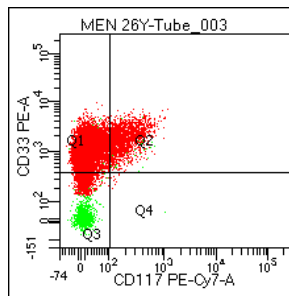
Hình 4. cy\_CD3 & CD79a



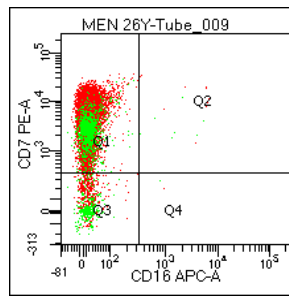
Hình 5. CD3 & CD19



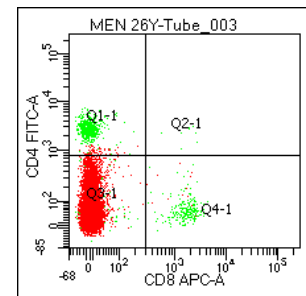
Hình 6. CD34 & HLA-DR



Hình 7. CD33 & CD117



Hình 8. CD7 & CD16



Hình 9. CD4 & CD8

## Chẩn đoán chung

Dựa trên đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, kết quả phân loại miễn dịch, bệnh nhân được chẩn đoán T-LBL.

## Điều trị và diễn biến

Bệnh nhân được điều trị hóa trị theo phác đồ Hyper-CVAD, dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương (TKTW) bằng Methotrexate và

Cytarabine. Sau 3 chu kỳ hóa trị, kích thước hạch giảm nhiều. CT scan bụng-tiêu khung: Không thấy hạch phì đại ổ bụng. CT scan hàm-mặt: Vài hạch nhỏ nhóm II, III, IV cổ (P) #7 mm. CT scan lồng ngực: Trung thất trước có cấu trúc tỉ trọng mô mềm, ngấm thuốc đồng nhất, bề dày #12 mm. Tủy đồ: Chưa thấy hình ảnh u lympho xâm lấn tủy xương.

Bệnh nhân có nhiều yếu tố tiên lượng thuận lợi, bao gồm tuổi trẻ, chưa ghi nhận xâm lấn hệ

thần kinh trung ương, nồng độ LDH trong giới hạn bình thường và đáp ứng điều trị tốt sau 3 chu kỳ hóa trị. Tuy nhiên, do chưa đầy đủ các xét nghiệm cần thiết, bệnh nhân hiện chưa thể được phân tầng nguy cơ một cách chính xác. Phác đồ Hyper-CVAD bao gồm tổng cộng 8 chu kỳ, xen kẽ các pha A và B. Trên cơ sở các yếu tố lâm sàng hiện có, chiến lược điều trị trong thời gian tới dự kiến là tiếp tục hóa trị theo phác đồ Hyper-CVAD thêm 3 chu kỳ. Trong bối cảnh nhóm nguy cơ chưa được xác định rõ, bệnh nhân sẽ được dự phòng thâm nhiễm TKTW bổ sung thêm 1 chu kỳ. Sau khi hoàn tất các chu kỳ hóa trị này, bệnh nhân sẽ được đánh giá lại toàn diện để xây dựng chiến lược điều trị tiếp theo.

### 3. BÀN LUẬN

U lympho dạng nguyên bào lympho tế bào T (T-LBL) là một dạng u lympho không Hodgkin có độ ác tính cao, thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, chiếm khoảng 2% trong tất cả các bệnh lý lymphôm và 30-40% trong nhóm U lympho dạng nguyên bào lympho [1]. Đặc điểm điển hình của bệnh là khối trung thất, tổn thương hạch ngoại vi và có thể thâm nhiễm tủy xương. Ca bệnh của chúng tôi là nam giới 26 tuổi, lớn tuổi hơn so với nhóm thường gặp, cho thấy tính đa dạng trong biểu hiện lâm sàng của T-LBL.

Đặc điểm miễn dịch bất thường. Trong đa số trường hợp, T-LBL dương tính với cytoplasmic CD3, CD5, CD7, CD2 và TdT, đồng thời âm tính với các dấu ấn dòng tủy [2]. Bệnh nhân trong báo cáo có biểu hiện cy\_CD3, CD5, CD7, đồng thời dương tính bất thường với CD33, CD117 và CD34, TdT âm tính. Kiểu hình này dễ nhầm với bạch cầu cấp dòng tủy (AML) hoặc bạch cầu cấp lưỡng hình (MPAL). Một số báo cáo trong y văn cũng ghi nhận hiện tượng tương tự, song rất hiếm gặp [3, 4]. Sự hiện diện của CD33 và CD117, vốn là dấu ấn dòng tủy, gợi ý rằng tế bào ác tính có nguồn gốc từ tiền thân sớm có khả năng đa dòng.

Khó khăn trong chẩn đoán. Tại tuyến cơ sở, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch ban đầu chỉ gợi ý “Lymphôm không rõ loại” do thiếu dấu ấn định danh. Việc triển khai Flowcytometry tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng đã giúp phát hiện cy\_CD3 và các dấu ấn liên quan, từ đó chẩn đoán chính xác T-LBL. Điều này chứng minh vai trò quan trọng của kỹ thuật miễn dịch tế bào dòng chảy trong phân biệt các bệnh lý ác tính hệ tạo máu. Theo WHO 2022, các trường hợp đồng biểu hiện dấu ấn dòng tủy có thể được cân nhắc trong nhóm “acute leukemias of ambiguous lineage” (ALAL) [5]. Tuy nhiên, với cy\_CD3 dương tính rõ, trường hợp này vẫn được xếp vào nhóm T-LBL.

Điều trị và đáp ứng. Phác đồ Hyper-CVAD hiện được sử dụng rộng rãi trong điều trị T-LBL ở người lớn và đã chứng minh hiệu quả với tỷ lệ lui bệnh cao [6]. Mặc dù phác đồ CALGB 10403 cũng là một lựa chọn điều trị tấn công trong T-LBL, với tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 3 năm ước tính khoảng 73%, tuy nhiên ở bệnh nhân trong báo cáo này, tế bào u âm tính với TdT, gợi ý khả năng đáp ứng kém hơn với asparaginase. Do đó, Hyper-CVAD được lựa chọn như một phác đồ phù hợp hơn trong bối cảnh lâm sàng cụ thể này [7,8]. Trên thực tế, sau 3 chu kỳ hóa trị, bệnh nhân đạt được đáp ứng hình ảnh rõ rệt, với sự giảm đáng kể kích thước khối u trung thất và các hạch cổ. Tuy nhiên, T-LBL vẫn được xem là một bệnh lý có nguy cơ tái phát cao, đặc biệt ở những trường hợp có kiểu hình miễn dịch không điển hình. Việc phát hiện sự biểu hiện của các marker dòng tủy như CD33 và CD117 gợi mở tiềm năng ứng dụng các liệu pháp nhắm trúng đích, bao gồm gemtuzumab ozogamicin (kháng CD33) hoặc các thuốc ức chế KIT (CD117). Mặc dù hiện tại các chiến lược này chưa được khuyến cáo trong điều trị chuẩn, chúng có thể được cân nhắc như những hướng tiếp cận tiềm năng trong bối cảnh bệnh kháng trị hoặc tái phát [9, 10].

Ý nghĩa thực tiễn. Báo cáo này cho thấy sự đa dạng kiểu hình miễn dịch của T-LBL và nhấn mạnh:

- Đồng biểu hiện CD33, CD117 và CD34 trong T-LBL là hiện tượng hiếm gặp.

- Flowcytometry đóng vai trò quyết định trong xác định chẩn đoán phân loại.

- Điều trị Hyper-CVAD bước đầu hiệu quả, song cần theo dõi lâu dài và nghiên cứu thêm hướng điều trị mới.

#### **4. KẾT LUẬN**

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh T-LBL ở người trưởng thành, đồng biểu hiện CD33, CD117, CD34 và TdT âm tính. Đây là một kiểu hình bất thường hiếm, dễ gây nhầm lẫn với AML và MPAL. Nhờ phối hợp mô bệnh học, hóa mô miễn dịch và đặc biệt là Flowcytometry, bệnh nhân được chẩn đoán xác định T-LBL. Điều trị bằng phác đồ Hyper-CVAD đem lại đáp ứng tốt sau giai đoạn đầu.

Ca bệnh góp phần bổ sung dữ liệu về sự đa dạng miễn dịch của T-LBL, đồng thời gợi ý triển vọng áp dụng liệu pháp nhắm trúng đích trong những trường hợp kháng trị hoặc tái phát. Việc ghi nhận và phân tích các trường hợp hiếm như trên giúp nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị các bệnh lý ác tính hệ tạo máu.

---

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

[1]. Hoelzer D, et al. T-cell lymphoblastic lymphoma and T-cell acute lymphoblastic leukemia: biology and treatment. *Ann Hematol.* 2018;97(8):1235–1249.

- [2]. Swerdlow SH, et al. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, 5<sup>th</sup> edition. IARC; 2022.
- [3]. Bene MC, et al. Immunophenotyping of acute leukemias: pitfalls and clinical relevance. *Haematologica.* 2019;104(6):1113–1125.
- [4]. Khoury JD, et al. Unusual immunophenotypic findings in T-lymphoblastic lymphoma. *Mod Pathol.* 2016;29(6):639–650.
- [5]. Arber DA, et al. International consensus classification of acute leukemias. *Blood.* 2022;140(11):1200–1228.
- [6]. Kantarjian H, et al. Hyper-CVAD and related regimens in adult acute lymphoblastic leukemia. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2010;10(2):S18–S24.
- [7]. Stock W, et al. A pediatric regimen for older adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia: results of CALGB 10403. *Blood.* 2019; 133(14):1548-1559.
- [8]. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Acute Lymphoblastic Leukemia. Version 2.2025. NCCN; 2025.
- [9]. Stein EM, et al. Gemtuzumab ozogamicin for acute myeloid leukemia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2017;2017(1):89–96.
- [10]. Heinrich MC, et al. Targeting KIT in cancer: prospects for imatinib and beyond. *Cancer Res.* 2021;81(1):20–30.