

**NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA BETA2-MICROGLOBULIN
VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ CHỈ SỐ HÓA SINH MÁU
TRÊN BỆNH NHÂN ĐA U TỦY XƯƠNG VÀ U LYMPHO ÁC TÍNH**

Vũ Anh Dũng¹, Phạm Văn Trần^{1,*}

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Xác định nồng độ và giá trị chẩn đoán của Beta2-microglobulin ($\beta 2M$) trong bệnh đa u tủy xương (ĐUTX) và u lympho ác tính (ULAT). *Phân tích tương quan giữa nồng độ $\beta 2M$ với một số chỉ số hóa sinh máu trên bệnh nhân ĐUTX và ULAT.* **Đối tượng và phương pháp:** Xác định nồng độ $\beta 2M$ máu trên 42 bệnh nhân (BN) mắc ĐUTX, 43 BN mắc ULAT và 56 đối tượng khỏe mạnh. **Kết quả:** Nồng độ $\beta 2M$ huyết tương ở các nhóm ĐUTX, ULAT, khỏe mạnh lần lượt là $4,7 \pm 5,4$ mg/L; $3,6 \pm 3,7$ mg/L và $1,8 \pm 0,3$ mg/L. Nồng độ $\beta 2M$ có giá trị trong chẩn đoán đa u tủy xương với độ nhạy 61,9%; độ đặc hiệu 98,2%; giá trị tiên đoán dương tính 61,9% và giá trị tiên đoán âm tính 100%, giá trị cut-off 2,36 mg/L. Nồng độ $\beta 2M$ ở nhóm ĐUTX tương quan thuận mức độ rất chặt chẽ với urê, creatinin máu ($r = 0,89$; $r = 0,81$) với $p < 0,05$, còn ở nhóm ULAT, nó chỉ liên quan mức độ nhẹ với nồng độ albumin máu. **Kết luận:** $\beta 2M$ là dấu ấn sinh học có giá trị trong chẩn đoán bệnh Đa u tủy xương trong khi dấu ấn này ít có giá trị hơn trên bệnh nhân ULAT. Trên nhóm ĐUTX, có mối liên quan giữa nồng độ $\beta 2M$ máu và nồng độ urê, creatinin máu. Ngược lại trên bệnh nhân ULAT, $\beta 2M$ chỉ liên quan mức độ nhẹ với nồng độ albumin máu

Từ khóa: Đa u tủy xương; U lympho ác tính; Beta2-microglobulin, urê, creatinin.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa u tủy xương là một bệnh tăng sinh có tính chất ác tính của tương bào (plasmocyte) ở tủy xương và một số cơ quan khác [1]. Việc tăng sinh tương bào dẫn đến như tăng các globulin miễn dịch trong máu; tạo thành nhiều ổ tiêu xương dẫn đến gãy xương bệnh lý và rối loạn chức năng nhiều cơ quan như suy thận, thiếu máu, tăng calci máu, các triệu chứng thần kinh...

Hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa tìm được nguyên nhân chính xác gây bệnh đa u tủy xương. Nếu người bệnh được phát hiện muộn khi đã có nhiều biến chứng thì việc điều trị khó khăn và để lại nhiều gánh nặng cho xã hội.

U lympho ác tính là một nhóm bệnh lý ác tính của tổ chức lympho, có thể tại hạch hoặc ngoài hạch, bao gồm 2 nhóm bệnh chính là bệnh Hodgkin và Non-Hodgkin [2, 8]. Hai nhóm bệnh này tuy có cùng nguồn gốc phát sinh, nhưng phát triển với những đặc điểm riêng về hình thái học, do đó có sự khác nhau về lâm sàng, tiến triển và tiên lượng.

Các nghiên cứu cũng cho thấy, đa u tủy xương là loại ung thư máu phổ biến thứ hai (chiếm 10%) sau u lympho mạn tính Non-Hodgkin (Non-Hodgkin's lymphoma) [8], và gây nên 79.000 ca tử vong trong năm 2013 trên toàn cầu [4, 9].

Trước tình hình tăng nhanh về số ca mắc đa u tủy xương và u lympho mạn tính mỗi năm, các nhà khoa học đang có những tìm hiểu cơ chế gây nên căn bệnh này, phương pháp chẩn đoán mới, cũng như việc làm thế nào để cải thiện hiệu quả điều trị. Trong những năm gần đây, các tác giả đặc biệt chú ý đến mối liên quan giữa các giai đoạn của bệnh đa u tủy

¹ Học viện quân y

* Tác giả chịu trách nhiệm chính

Phạm Văn Trần

Email: phamvantran@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 4/6/2017

Ngày phản biện: 6/6/2017

Ngày chấp nhận đăng: 15/6/2017

xương và u lympho ác tính với một số chỉ số huyết học. Các xét nghiệm này có giá trị trong chẩn đoán mức độ nặng nhẹ và tiên lượng bệnh.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu một số chỉ số huyết học trên bệnh nhân đa u tủy xương và u lympho ác tính.”** với mục tiêu:

1-Xác định nồng độ và giá trị chẩn đoán của $\beta 2M$ trên bệnh nhân đa u tủy xương và u lympho ác tính.

2-Mô tả tương quan giữa nồng độ Beta-2 microglobulin với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đa u tủy xương và bệnh u lympho ác tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

141 BN được khám và điều trị tại Khoa máu tổng hợp- Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương, chia làm 3 nhóm: Nhóm nghiên cứu gồm 42 BN mắc ĐUTX, 43 BN mắc ULAT và nhóm chứng thường gồm 56 người khỏe mạnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp cắt ngang mô tả có phân tích.

* *Chẩn đoán đa u tủy xương:*

BN được chẩn đoán ĐUTX dựa theo tiêu chuẩn của Bart-Barlogie 1995.

* *Chẩn đoán u lympho ác tính:*

BN được chẩn đoán mắc bệnh ULAT dựa theo triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng; xét nghiệm tổ chức học.

* *Sinh hóa máu*

Lấy mẫu máu xét nghiệm vào buổi sáng, khi bệnh nhân chưa ăn. Xét nghiệm

nồng độ ure, creatinin, acid uric, protein, albumin, Ca-TP trên hệ thống máy xét nghiệm AU 5800 của hãng Beekman Coulter.

* *Xác định nồng độ B2M:*

Lấy mẫu máu xét nghiệm vào buổi sáng, khi bệnh nhân chưa ăn, lấy 3 ml máu vào ống có chất chống đông lithium heparin. Ly tâm tách huyết tương để làm xét nghiệm. Sau đó tiến hành định lượng nồng độ $\beta 2M$ dựa trên nguyên lý miễn dịch đo độ đục. Giá trị bình thường của $\beta 2M$ có trong huyết thanh là $< 2 \text{ mg/l}$.

* *Xử lý số liệu:*

Sử dụng chương trình Excel và SPSS (version 16.0), Epicalc2000 để xử lý thống kê. Tính độ lệch chuẩn, số trung bình, giá trị min, max tính tỷ lệ phần trăm. So sánh 2 số trung bình bằng kiểm định Test Student (T-test). Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của các xét nghiệm nghiên cứu. Dựa vào tính toán các thông số trên dựng đường cong ROC.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả định lượng nồng độ beta2- microglobulin

Nồng độ $\beta 2$ - Microglobulin thấp nhất ở nhóm đối chứng, cao hơn ở nhóm ULAT và cao nhất ở nhóm ĐUTX. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Nhóm đối chứng không có sự khác biệt về nồng độ B2M máu giữa nam và nữ. Trên nhóm ĐUTX và ULAT, nồng độ B2M máu ở nam cao hơn nữ tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Bảng 3.1. Nồng độ beta2-microglobulin

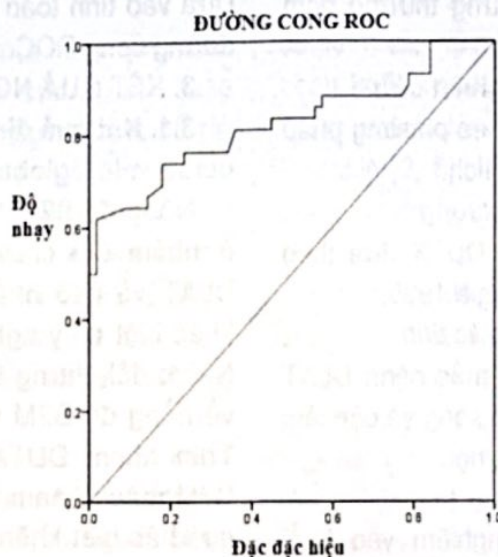
B2M (mg/L)	n	Min - Max	Trung vị	$\bar{X} \pm SD$
Nhóm				
ĐUTX (1)	42	1,3 - 32,0	2,68	$4,7 \pm 5,4$
ULAT (2)	43	0,7 - 17,4	2,48	$3,6 \pm 3,7$
Đối chứng (3)	56	1,1 - 2,5	1,63	$1,8 \pm 0,3$
P		$P_{12} > 0,05$; $P_{13} < 0,05$; $P_{23} < 0,05$		

Bảng 3.2. Sự biến đổi nồng độ beta2-microglobulin theo giới

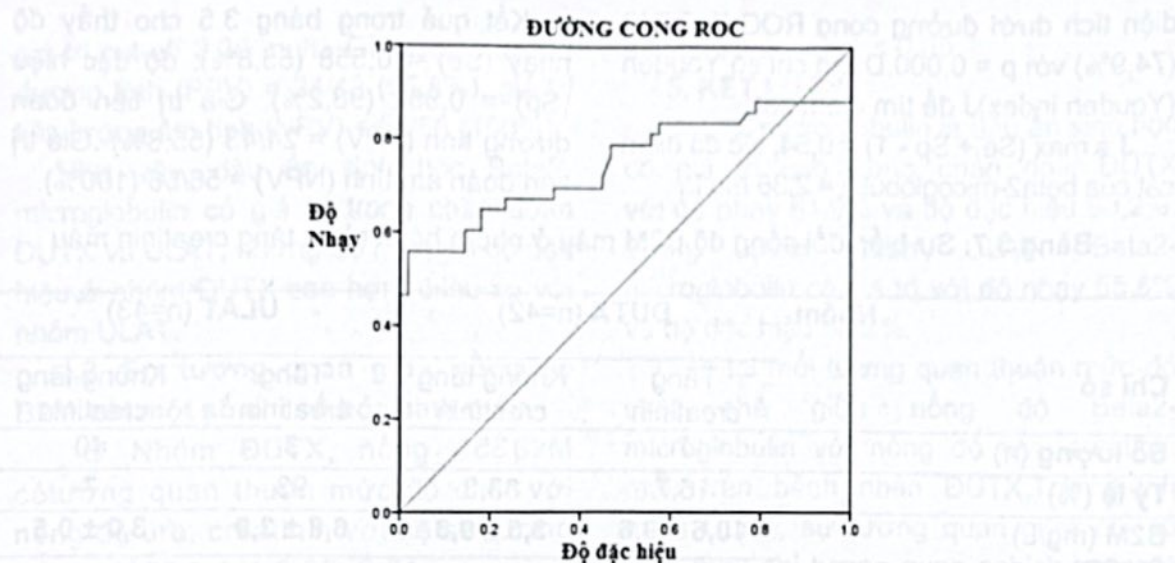
Chỉ số	Nhóm ĐUTX		ULAT		Đối chứng	
	Nam (n=28)	Nữ (n=14)	Nam (n=24)	Nữ (n=19)	Nam (n=33)	Nữ (n=23)
B2M (mg/L) ($\bar{X} \pm SD$)	5,3 $\pm$ 6,5	3,5 $\pm$ 1,9	4,1 $\pm$ 3,8	3,0 $\pm$ 3,4	1,7 $\pm$ 0,3	1,7 $\pm$ 0,4
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05	

Bảng 3.3. Sự biến đổi nồng độ beta2-microglobulin theo tuổi

Tuổi	Nhóm ĐUTX		ULAT		Đối chứng	
Trung vị (tuổi)	63		49		42	
Phân nhóm (tuổi)	<63	≥ 63	<49	≥ 49	<42	≥ 42
Số lượng BN (n)	19	23	21	22	27	29
B2M (mg/L) ($\bar{X} \pm SD$)	6,3 $\pm$ 7,5	3,4 $\pm$ 2,3	3,1 $\pm$ 3,1	4,0 $\pm$ 4,1	1,7 $\pm$ 0,4	1,7 $\pm$ 0,3
p	p>0,05		p>0,05		p>0,05	

**Hình 3.1.** Đường cong ROC của beta2-microglobulin ở nhóm ĐUTX**Bảng 3.4.** Nồng độ Beta2-microglobulin của BN ĐUTX và theo giá trị cut-off

	Nhóm ĐUTX	Không ĐUTX	TỔNG
B2M			
Tăng ($\geq 2,36$ mg/L)	26	0	26
Bình thường ($< 2,36$ mg/L)	16	56	72
Tổng	42	56	98



Hình 3.2. Đường cong ROC của beta2-microglobulin ở nhóm ULAT.

Bảng 3.5. Nồng độ B2M của ULAT theo giá trị cut-off

	Nhóm	ULAT	Không ULAT	TỔNG
B2M				
Tăng ($\geq 2,36$ mg/L)		24	0	24
Bình thường ($< 2,36$ mg/L)		19	56	75
Tổng		43	56	99

3.2. Mối tương quan giữa nồng độ beta 2 microglobulin và một số chỉ số hóa sinh máu

Bảng 3.6. Tương quan Pearson giữa nồng độ B2M máu với nồng độ ure, creatinin, acid uric, protein, albumin, Ca-TP ở các nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm	ĐUTX	p	ULAT	p	Đối chứng	p
Ure (mmol/L)		0,89	<0,001	0,12	>0,05	-0,27	<0,05
Creatinin (μ mol/L)		0,81	<0,001	0,24	>0,05	-0,14	>0,05
Acid Uric (μ mol/L)		0,39	<0,01	0,51	<0,001	0,05	>0,05
Protein-TP (g/L)		0,42	<0,01	-0,32	<0,05	0,03	>0,05
Albumin (g/L)		-0,53	<0,001	-0,27	>0,05	0,15	>0,05
Ca-TP (mmol/L)		0,015	>0,05	-0,02	>0,05	0,49	<0,01

Nồng độ B2M máu ở nhóm đối chứng, ULAT, ĐUTX không có sự khác biệt về tuổi. Kết quả phân tích hình 3.1 cho thấy diện tích dưới đường cong ROC là 0,824 (82,4%) với $p = 0,00$. Dùng chỉ số Youden (Youden index) J để tìm điểm cắt: $J = \max (Se + Sp - 1) = 0,601$, lúc đó điểm cắt của

beta2-microglobulin = 2,36 mg/L.

Số liệu trong bảng 3.4 cho thấy độ nhạy (Se) = 0,619; độ đặc hiệu (Sp) = 0,982. Giá trị tiên đoán dương tính (PPV) là 26/42 (61,9%), giá trị tiên đoán âm tính (NPV) = 56/56 (100%).

Kết quả hình 3.2 phân tích cho thấy

diện tích dưới đường cong ROC là 0,749 (74,9%) với $p = 0,000$. Dùng chỉ số Youden (Youden index) J để tìm điểm cắt:

$J = \max (Se + Sp - 1) = 0,54$, lúc đó điểm cắt của beta2-microglobulin = 2,36 mg/L.

Kết quả trong bảng 3.5 cho thấy độ nhạy (Se) = 0,558 (55,8%); độ đặc hiệu (Sp) = 0,982 (98,2%). Giá trị tiên đoán dương tính (PPV) = 24/43 (55,8%). Giá trị tiên đoán âm tính (NPV) = 56/56 (100%).

Bảng 3.7. Sự biến đổi nồng độ B2M máu ở nhóm bệnh nhân tăng creatinin máu

Chỉ số	Nhóm ĐUTX (n=42)		ULAT (n=43)	
	Tăng creatinin	Không tăng creatinin	Tăng creatinin	Không tăng creatinin
Số lượng (n)	7	35	3	40
Tỷ lệ (%)	16,7	83,3	93	7
B2M (mg/L) (X±SD)	10,6 ± 9,6	3,5 ± 9,3	6,8 ± 3,9	3,0 ± 0,5
	p>0,05		p<0,05	
Creatinin (μmol/L)(X±SD)	97,6 ± 71,9		75,7 ± 19,5	

Nồng độ B2M máu có tương quan nghịch mức độ chặt với nồng độ albumin và tương quan thuận mức độ vừa với protein-TP và acid uric máu, tương quan thuận mức độ rất chặt với nồng độ urê và creatinin máu. Nhóm ULAT nồng độ B2M ở nhóm có tăng creatinin cao hơn nhóm bệnh nhân không tăng creatinin, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm ĐUTX nồng độ B2M ở nhóm tăng creatinin cao hơn nhóm bệnh nhân không tăng creatinin, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Giá trị chẩn đoán của beta 2-microglobulin trên bệnh nhân đa u tủy xương và u lympho ác tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN mắc ULAT gồm 24 nam và 19 nữ. Tuổi thấp nhất 16, cao nhất 80. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ Beta 2-microglobulin là $3,6 \pm 3,7$ mg/L; trung vị 2,48 mg/L; nồng độ thấp nhất 0,75 mg/L, cao nhất 17,39 mg/L.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Nguyễn Thị Huệ (2016) với nồng độ beta2-microglobulin là $2,6 \pm 1,3$ mg/L [3].

BN ĐUTX gồm 28 nam và 14 nữ, tuổi thấp nhất 38, cao nhất 79. So với nhóm ULAT, nồng độ Beta2-microglobulin ở

nhóm này cao hơn ($4,7 \pm 5,4$ mg/L). Kết quả của Batalie R và CS (1982) [5] là $4,34 \pm 2,79$ mg/L trên 54 BN ĐUTX chưa điều trị. Nồng độ Beta2-microglobulin ở nhóm ĐUTX lớn hơn so với nhóm ULAT và nhóm người khỏe mạnh bình thường. Sự khác biệt có nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu chúng tôi chưa thấy sự khác biệt nồng độ B2M máu giữa nam và nữ, giữa các nhóm tuổi khác nhau ở cả 3 nhóm đối chứng, nhóm ĐUTX và nhóm ULAT. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dũng (2014) [2], trên 48 người khỏe mạnh cho thấy nồng độ B2M máu là $1,88 \pm 0,68$ mg/L và không có sự khác biệt giữa nam và nữ (nam: $1,88 \pm 0,77$ mg/L; nữ: $1,88 \pm 0,55$ mg/L) và giữa các nhóm tuổi ở người trưởng thành.

Dựa vào đồ thị đường cong ROC, nồng độ Beta2-microglobulin trong nhóm ĐUTX thấy diện tích dưới đường cong là 0,824 (82,4%), độ nhạy và độ đặc hiệu 61,9% và 98,2%, giá trị cut-off 2,36 mg/L. Giá trị tiên đoán dương tính (PPV) = 26/42 (61,9%), giá trị tiên đoán âm tính (NPV) = 56/56 (100%). Trong khi đó ở nhóm ULAT, diện tích dưới đường cong là 0,749 (74,9%), độ nhạy và độ đặc hiệu 55,8% và 98,2%,

giá trị cut-off 2,36 mg/L. Giá trị tiên lượng dương tính (PPV) = 24/43 (55,8%), giá trị tiên lượng âm tính (NPV) = 56/56 (100%).

Như vậy, dấu ấn sinh học Beta2-microglobulin có giá trị trong chẩn đoán ĐUTX và ULAT, nhưng độ nhạy và độ đặc hiệu ở nhóm ĐUTX cao hơn nhiều so với nhóm ULAT.

4.2. Sự tương quan giữa nồng độ B2M với một số chỉ số hóa sinh máu.

Ở Nhóm ĐUTX, nồng độ β 2M có tương quan thuận mức độ chặt chẽ với nồng độ ure, creatinin với hệ số tương quan r lần lượt là 0,89; 0,81.

Tác giả Dorina P (2010) [6], nghiên cứu trên 44 bệnh nhân ĐUTX cho thấy nồng độ β 2M máu có sự tương quan thuận mức độ chặt chẽ với nồng độ creatinin huyết thanh, nồng độ protein TP, nồng độ CaTP (hệ số tương quan lần lượt là 0,630; 0,592; 0,649). Sự tương quan giữa β 2M với albumin huyết thanh là tương quan nghịch mức độ chặt chẽ với hệ số $r = -0,53$. Theo Võ Thị Thanh Bình (2001) [3], tương quan giữa nồng độ β 2M máu và nồng độ creatinin, acid uric, Ca TP máu là liên quan thuận mức độ chặt chẽ với r lần lượt là 0,83; 0,51; 0,64. Nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy được sự tương quan giữa nồng độ β 2M với nồng độ CaTP như một số tác giả nêu trên. Đó một phần vì nhóm đối tượng của chúng tôi phần lớn là có biểu hiện rối loạn Canxi ở mức độ nhẹ nên chưa thấy được những sự tương quan.

Ở nhóm ULAT, chúng tôi thấy chỉ số β 2M máu chỉ tương quan nghịch mức độ nhẹ với chỉ số albumin máu với $r = -0,23$. Như vậy, nồng độ β 2M máu càng cao thì nồng độ albumin máu càng giảm. Nhưng với những chỉ số hóa sinh khác (ure, creatinin, CaTP, ProteinTP) chúng tôi chưa thấy sự tương quan có ý nghĩa với nồng độ β 2M máu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Federico M (2007) [7], thực hiện trên bệnh nhân ULAT thể nang cho thấy nồng độ β 2M máu có liên quan với nồng độ

albumin máu với $p < 0,05$.

5. KẾT LUẬN

Beta 2-microglobulin là dấu ấn sinh học có giá trị cao trong chẩn đoán ĐUTX với độ nhạy 61,9% và độ đặc hiệu 98,2%. Trong chẩn đoán ULAT, Beta2-microglobulin có giá trị với độ nhạy 55,8% và độ đặc hiệu 98,2%.

Tồn tại mối tương quan thuận mức độ chặt chẽ giữa nồng độ Beta2-microglobulin với nồng độ ure, creatinin máu trên bệnh nhân ĐUTX. Trên bệnh nhân ULAT, sự tương quan giữa chỉ số β 2M máu chỉ tương quan nghịch mức độ nhẹ với chỉ số albumin máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hữu Thị Chung (1999), Nhận xét về một số biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm bệnh nhân đa u tủy xương gặp tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Hữu Dũng (2014), Nghiên cứu nồng độ beta2-microglobulin máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ. Luận văn tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Huệ (2016), Nghiên cứu nồng độ beta2-microglobulin và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân ĐUTX và ULAT. Luận văn Thạc sĩ Y học. Học viện Quân y.
4. Võ Thị Thanh Bình (2001), Nghiên cứu sự có mặt của một số cytokine và beta2-microglobulin trong bệnh đa u tủy xương. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Batallie R., Magub M., Grenier J. et al (1982), Serum beta2-microglobulin in Multiple Myeloma: Relation to presenting features and Clinical status. Eur J Cancer Clin Oncol, 18(1), pp. 59-66.
6. Dorina BG., Stock-Novack D., Salmo SE. et al (1990), Prognostic value of pretreatment serum beta2-microglobulin in myeloma: a Southwest Oncology Group Study, Blood, 75(4), pp. 823-830.

7. Federico M., Gugliel C., Luminari S. et al (2007), Prognostic relevance of serum beta2-microglobulin in patients with follicular lymphoma treated with anthracucline-containing regimens. AGISL study. Haematologica, 92(11), pp.1482-1488.

8. Facon T. et al (2001), Chromosome 13 abnormalities identified by FISH

analysis and serum b2-microglobulin produce a powerful myeloma staging system for patients receiving high-dose therapy, Blood 97(6), pp. 1566-1571.

9. Johnson D. et al (2005), Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of lymphoma, Australia: The Cancer Council Australia; Australian Cancer Network

SUMMARY

RESEARCH ON DIAGNOSTIC VALUE OF BETA2-MICROGLOBULIN AND THE RELATIONSHIP WITH SOME BIOCHEMICAL PARAMETERS IN MULTIPLE MYELOMA AND MALIGNANT LYMPHOMAS

Vu Anh Dung¹, Pham Van Tran¹

¹Vietnam Military Medical University

Objective: To investigate the diagnostic value of beta2-microglobulin ($\beta 2M$) in multiple myeloma (MM) and malignant lymphomas (ML) and to analyse the correlation between the concentration of $\beta 2M$ with some biochemical parameters in MM and ML. **Subjects and methods:** Blood levels of $\beta 2M$ were measured in 42 patients with MM, 43 with ML and 56 non – diseased people (NDP). **Results:** The concentration of $\beta 2M$ in MM, ML and NDP group was 4.7 ± 5.4 mg/L, 3.6 ± 3.7 mg/L and 1.8 ± 0.3 mg/L, respectively. The concentration of $\beta 2M$ is valuable in diagnosis of MM with sensitivity at 61.9%, specificity at 98.2%, positive predictive value (PPV) at 61.9% and negative predictive value (NPV) at 100% and cut-off value of 2.36 mg/L and its value is lower than in ML group. The concentration of $\beta 2M$ in MM has the very high positive correlation with serum levels of urea, creatinin ($r = 0.89$; $r = 0.81$) and $p < 0.05$ and in ML group it correlated only with albumin concentration. **Conclusions:** $\beta 2M$ is a useful marker in diagnosis of MM while this marker has lower value in ML. In MM, the relationship between the concentration of $\beta 2M$ with serum levels of urea, creatinin in contrast in ML, only the relationship between $\beta 2M$ and albumin with very low level.

Keywords: Multiple Myeloma; Malignant Lymphomas, Beta2-microglobulin, urea, creatinin.