

# BÁO CÁO CA BỆNH U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN NGUYÊN PHÁT TẠI TIM

Trần Thị Kim Phượng<sup>1,2,✉</sup>, Lê Phong Thu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Trường Giang<sup>2</sup>  
Phạm Thị Phương<sup>2</sup>, Hoàng Minh Tú<sup>2</sup>, Vi Trần Doanh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

U lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim là một bệnh lý hiếm gặp. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu trên số lượng lớn bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin tại tim, phần lớn là các báo cáo ca bệnh hoặc báo cáo tổng hợp từ các ca bệnh. Tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ trước đến nay chưa ghi nhận trường hợp nào u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim. Nhân một trường hợp bệnh trên lâm sàng, chúng tôi xin báo cáo và tham khảo ý kiến để cung cấp thêm một số thông tin về bệnh. Bệnh nhân nam 60 tuổi được chẩn đoán u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim. Bệnh nhân có biểu hiện đau ngực trái, được chụp CT Scanner phát hiện khối u ở nhĩ trái, mô bệnh học là u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa, typ không tâm mầm, CD 20 (+). Bệnh nhân được hóa trị liệu phác đồ RCHOP + RCVP. Kết quả đạt đáp ứng bán phần. Hiện tại ở tháng thứ 33, bệnh nhân toàn trạng ổn định, không có triệu chứng trên lâm sàng.

**Từ khóa:** U lympho ác tính nguyên phát tại tim, u lympho ác tính không Hodgkin, u lympho ác tính ngoài hạch, u tim.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim là một tình trạng bệnh hiếm gặp, chiếm khoảng 1,3% trong tổng số các khối u tại tim và 0,5% các trường hợp u lympho ác tính ngoài hạch.<sup>1,2</sup> Triệu chứng lâm sàng thường không điển hình. Việc phát hiện tổn thương thường dựa vào chẩn đoán hình ảnh.<sup>3</sup> Về mô bệnh học, u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim phần lớn là u lympho tế bào B lớn lan tỏa, có tiên lượng xấu, bệnh nhân thường tử vong trong vòng vài tháng sau khi được chẩn đoán.<sup>2,4,5</sup> Phẫu thuật được chỉ định khi có hiện tượng tắc nghẽn tại tim. Hóa trị vẫn là phương pháp điều trị chính. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên

cứu về tình trạng bệnh này, phần lớn là các báo cáo ca bệnh. Nay nhân một trường hợp bệnh trên lâm sàng tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi xin báo cáo để cung cấp thông tin giúp chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt ở những trường hợp tương tự, cũng như thông tin về tiên lượng và hướng điều trị.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 60 tuổi, vào viện ngày 19/05/2020 với lý do đau ngực trái. Diễn biến bệnh ban đầu từ khoảng đầu tháng 5 năm 2020 với triệu chứng đau ngực trái, không khó thở, không ho, không sốt, ăn, ngủ kém. Bệnh nhân khám tại Bệnh viện A Thái Nguyên, được chẩn đoán u trung thất, sau đó được chuyển tới Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Bệnh nhân có tiền sử Gout, tiền sử gia đình không có gì đặc biệt.

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Kim Phượng

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Email: tranthikimphuong@tnmc.edu.vn

Ngày nhận: 13/02/2023

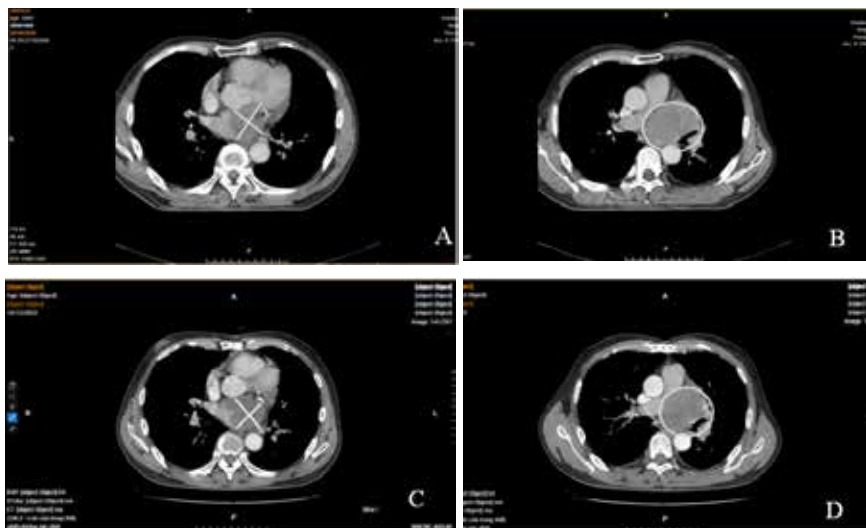
Ngày được chấp nhận: 20/03/2023

Các triệu chứng lâm sàng gồm: Bệnh nhân tỉnh, thể trạng trung bình, không sốt, chỉ số Performance status (PS) = 1. Bệnh nhân đau ngực trái, không ho, không khó thở, ăn, ngủ kém. Ngoài ra, không gầy sút cân, không ra mồ hôi về đêm, không có biểu hiện ngứa ngoài da. Dấu hiệu sinh tồn: mạch 90 l/p, nhiệt độ 37°C, huyết áp 120/70mmHg. Khám thấy tim nhịp đều, nhanh, tần số 90 l/p, T1, T2 rõ, không có tiếng tim bệnh lý; phổi thông khí tốt, rì rào phế nang rõ, không có rales. Hạch ngoại biên không phát hiện thấy. Các cơ quan khác không phát hiện gì bất thường.

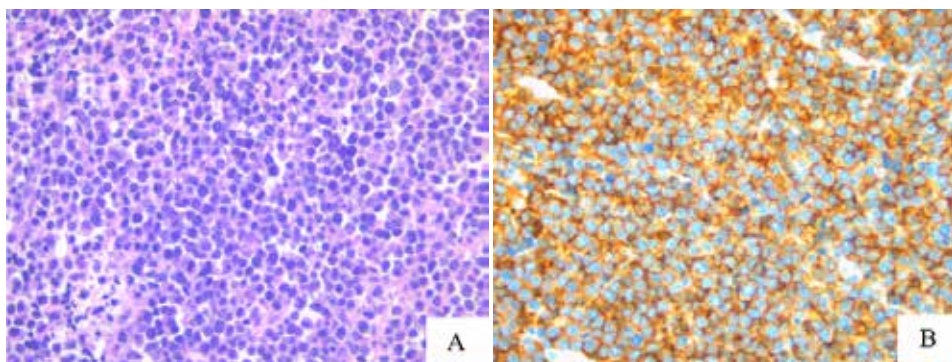
Các kết quả cận lâm sàng chính: Số lượng bạch cầu: 7,4 G/L; bạch cầu đa nhân trung tính: 4,4 G/L; bạch cầu lympho: 1,1 G/L; số lượng hồng cầu: 3,12 T/L; huyết sắc tố: 98 g/L; số lượng tiểu cầu: 139 G/L; HCT: 30,6 %. ALT: 15,07 U/L; AST: 21,03 U/L; Protein toàn phần: 60,47 g/L; Ure: 8,25 mmol/L; Creatinin: 84,82 Mmol/L; Glucose máu: 4,11 mmol/L; LDH: 341 U/l; Acid uric: 457,4 Mmol/l. Huyết tủy đồ: bình thường. Siêu âm doppler tim: nhĩ trái có khối tăng âm, kích thước 47x26mm, bám vào thành bên nhĩ trái, chân rộng, bờ rõ, di động ít, không gây hẹp van hai lá; kích thước và chức năng tâm thu thất trái bình thường (EF:72%); hở hai lá rất nhẹ; hở chủ rất nhẹ; áp lực động mạch phổi bình thường. Siêu âm ổ bụng: bình thường. CT Scanner lồng ngực: có hình ảnh

tổn thương dạng tổ chức lấp đầy nhánh tĩnh mạch phổi trái lan vào nhánh tĩnh mạch thùy trên trái và xuống buồng nhĩ trái; không phát hiện hạch trung thất, không có tổn thương nhu mô phổi, màng phổi và thành ngực. Kết luận: hình ảnh nghĩ nhiều đến huyết khối tĩnh mạch phổi thùy trên trái lan xuống nhĩ trái tuy nhiên không loại trừ u nhầy nhĩ trái gây tắc tĩnh mạch thùy trên phổi trái. Chụp động mạch vành: xơ vữa nhẹ hệ động mạch.

Bệnh nhân được chẩn đoán: u nhĩ trái. Bệnh nhân được hội chẩn và chuyển Khoa Ngoại Tim mạch Lồng ngực phẫu thuật cắt một phần u nhĩ trái. Mô bệnh học sau mổ: U lympho ác tính không Hodgkin. Chẩn đoán sau phẫu thuật: u lympho ác tính không Hodgkin tại tim (giai đoạn IAE). Bệnh nhân có chỉ định hóa trị nhưng từ chối điều trị. Đến tháng 12/2020, bệnh nhân xuất hiện đau ngực, nhập viện. CTScanner lồng ngực: tâm nhĩ trái có hình ảnh khối đậm độ tổ chức, kích thước khoảng 85x80x55mm, phát triển lồi vào lòng tâm nhĩ và xâm lấn vào tĩnh mạch phổi trái; nhiều hạch rốn phổi trái và quanh phế quản thùy trên (nhóm 11 L), kích thước lớn nhất 23x27mm; nhu mô thùy trên phổi trái có một vài nốt mờ nhỏ nằm ở ngoại vi mạch máu. Hóa mô miễn dịch: u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa, typ không tâm mầm, CD20 (+), CD79a(+), Ki67 (+) 70%, CD3 (-), Bcl-6 (-), MUM1 (-).



**Hình 1. Hình ảnh trên CT Scanner trước hóa trị**  
**A, B. Tháng 5/2020 - C, D. Tháng 12/2020**



**Hình 2. Hình ảnh mô bệnh học**

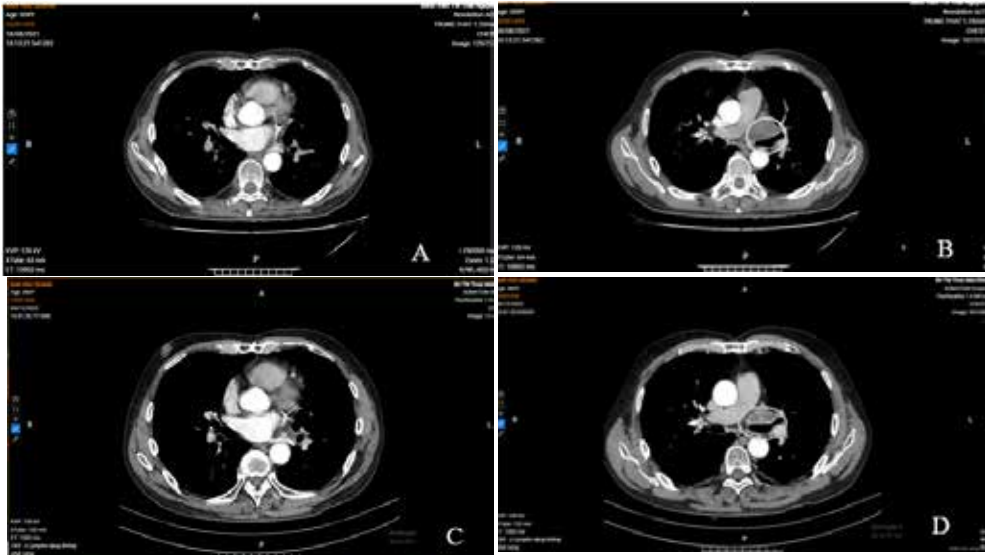
- A. Mô bệnh học nhuộm HE x 10: U lympho ác tính không Hodgkin**  
**B. ULAKH lan tỏa tế bào B lớn, dương tính với CD20 trên hóa mô miễn dịch**

Bệnh nhân được chẩn đoán u lympho ác tính không Hodgkin tại tim tiến triển, được chỉ định hóa trị theo phác đồ RCHOP. Sau 03 chu kỳ RCHOP, đánh giá lại. Chụp CTScanner lồng ngực: hình ảnh hạch vùng rốn phổi trái giảm hơn so với phim cũ; hình ảnh khối đặc xâm lấn nhĩ trái với kích thước khoảng 40x50mm; tổn thương nhỏ hơn đáng kể so với phim cũ; nhu mô thùy trên phổi trái có hình ảnh khối đậm độ tổ chức kích thước khoảng 20mm nằm ở tổ chức kẽ bó mạch phế quản; kích thước giảm

hơn so với phim cũ đáng kể. Trên lâm sàng, bệnh nhân xuất hiện nhịp nhanh tim. Điện tim: rung nhĩ, tần số 135 ck/p; Siêu âm tim: hở chủ nhẹ; kích thước và chức năng tâm thu thất trái bình thường; EF 67%. Bệnh nhân được chỉ định điều trị nội khoa. Bệnh ổn định, chuyển điều trị RCVP x 03 chỵ kỳ. Sau 03 chu kỳ RCVP, đánh giá bệnh không đổi trên CT Scanner (u nhĩ trái 62x33mm; hạch rốn phổi trái không thay đổi kích thước); trên lâm sàng, điện tim và siêu âm tim, nhịp tim trở về bình thường,

bệnh nhân được chuyển điều trị tiếp 3 chu kỳ RCHOP. Đánh giá sau điều trị tổn thương tại nhĩ trái không phát hiện thấy, còn hạch rốn phổi trái, 22x31mm. Tác dụng phụ sau điều trị: giảm

bạch cầu độ 1, giảm huyết sắc tố độ 2, giảm bạch cầu hạt độ 1; không gặp độc tính trên gan, thận và các cơ quan khác.



**Hình 3. Hình ảnh trên CT Scanner sau điều trị**  
**A, B. Tháng 8/2021 - C, D. Tháng 12/2022**

Đánh giá đáp ứng bán phần, bệnh nhân dừng điều trị, theo dõi định kỳ. Hiện tại ở tháng thứ 33 (khám lại vào tháng 12/2022) bệnh nhân toàn trạng ổn định, không có triệu chứng trên lâm sàng, hạch ngoại vi không phát hiện thấy, chụp CT Scanner lồng ngực: còn hình ảnh hạch rốn phổi trái, kích thước 34x23mm.

### III. BÀN LUẬN

U lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim là bệnh hiếm gặp, chiếm khoảng 1,3% trong tổng số các khối u tại tim và 0,5% các trường hợp u lympho ác tính ngoài hạch.<sup>1,2</sup> Do bệnh hiếm nên trong y văn không có các nghiên cứu triển khai trên số lượng lớn bệnh nhân mà chỉ là những báo cáo trường hợp đơn lẻ, hoặc phân tích tổng hợp từ các báo cáo ca bệnh này. Theo một số nghiên cứu cho thấy bệnh thường gặp ở người cao tuổi (trung bình là 63 tuổi).<sup>2,6</sup> Về giới, bệnh thường gặp hơn ở

nam với tỷ lệ 2(3):1.<sup>6</sup> Biểu hiện lâm sàng của bệnh thường không đặc hiệu, dễ nhầm với các bệnh lý tim mạch khác. Bệnh nhân có thể có triệu chứng như một rối loạn nhịp tim, ngất từng đợt, hội chứng tĩnh mạch chủ trên, suy hô hấp hoặc thậm chí là một bệnh cơ tim hạn chế.<sup>1,2,4,7</sup> Hầu hết các triệu chứng phổ biến là khó thở, triệu chứng toàn thân (sốt, ớn lạnh, đổ mồ hôi và sụt cân), đau ngực, suy tim và tràn dịch màng ngoài tim.<sup>6</sup> u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim thường liên quan nhiều hơn đến tim phải (tâm nhĩ và tâm thất), nhưng có những trường hợp chỉ liên quan đến tim trái.<sup>1,2,6,8</sup> Trong những trường hợp khác, bệnh nhân được chẩn đoán bằng siêu âm tim qua thành ngực hoặc sàng lọc định kỳ.<sup>4,7,9</sup>

Việc chẩn đoán các khối u tim nói chung và u lympho ác tính tại tim nói riêng đòi hỏi quá trình đánh giá tổng thể, bao gồm lâm sàng và các biện pháp cận lâm sàng để chẩn đoán xác

định cũng như phân biệt các khối u lành và ác tính. Các phương pháp bao gồm như siêu âm tim qua thành ngực; siêu âm có thuốc tương phản giúp tăng cường độ phản âm của các khối tân sinh và mạch máu; siêu âm tim qua thực quản có giá trị kiểm tra tổng thể tâm nhĩ, là đường dẫn để sinh thiết tổn thương; siêu âm tim 3D, cả qua lồng ngực và qua thực quản cho phép phân tích chính xác hơn khối u về vị trí, kích thước và các liên quan của u với các cấu trúc lân cận; CT Scanner cho phép phát hiện những khối u nhỏ thậm chí có kích thước rất nhỏ và sự hiện diện của các khối khác trong lồng ngực; MRI cho phép mô tả đặc tính mô rất tốt; PET hoặc PET/CT cung cấp thêm thông tin vào hoạt động chuyển hóa của các khối u.<sup>7</sup> Các nghiên cứu hình ảnh có một vai trò quan trọng trong việc phân biệt u lympho tại tim, đặc biệt là u lympho nguyên phát, với các khối u tim khác. Tổn thương thường gặp ở tim phải, không có hoại tử, có tràn dịch màng ngoài tim và thường không gặp tổn thương van tim.<sup>10</sup> Trên hình ảnh CT Scanner, u lympho tại tim biểu hiện là một khối ngấm thuốc bất định hoặc ngấm thuốc kém, điển hình phát sinh ở bên phải của tim với tỷ lệ liên quan đến tâm nhĩ và tâm thất phải tương tự nhau. Tổn thương thường lan tràn dọc theo bề mặt ngoại tâm mạc cũng như bao bọc mạch vành và gốc động mạch chủ. U lympho ít liên quan đến các van tim, mặc dù đã có số ít các trường hợp được báo cáo. Dày màng ngoài tim và tràn dịch màng ngoài tim có thể được gặp ở cả trường hợp u lympho tại tim nguyên phát và thứ phát. Tràn dịch màng ngoài tim có thể gặp mức độ nhiều, trường hợp nặng có thể dẫn đến chèn ép tim. Trên hình ảnh MRI, u lympho tại tim có thể có hình thái đa dạng, nhưng tổn thương thường có cường độ thấp trên các chuỗi T1W MR và cường độ cao trên các chuỗi T2W. U lympho tim thường có huyết khối liên kề, ít có các thành phần xuất huyết hoặc hoại tử hơn so với sarcoma.<sup>11</sup> Tuy nhiên, ngay cả khi áp dụng

các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tiên tiến như CT Scanner, MRI hay PET, PET/CT, để có chẩn đoán xác định, cần làm xét nghiệm mô bệnh học.<sup>7</sup> Đối với các trường hợp u ở tim, việc sinh thiết tổn thương gặp rất nhiều khó khăn do vị trí tổn thương khó tiếp cận. Bệnh nhân của chúng tôi cũng được chẩn đoán bước đầu qua siêu âm tim, sau đó bổ sung bằng CT Scanner lồng ngực với tổn thương ở nhĩ trái (là vị trí ít gặp hơn so với nhĩ và thất phải theo y văn), không có tràn dịch màng ngoài tim. Tuy nhiên bệnh nhân không được chụp MRI hay PET/CT. Điều này cũng là một hạn chế, cần rút kinh nghiệm cho các trường hợp tương tự về sau trên lâm sàng, đặc biệt là chụp PET/CT để có thể giúp đánh giá chính xác hơn về giai đoạn bệnh.

Kết quả khẳng định chẩn đoán dựa vào sinh thiết u làm mô bệnh học và phân typ dựa vào hóa mô miễn dịch. Phân nhóm phổ biến nhất là u lympho ác tính tế bào B lớn lan tỏa, các loại khác ít gặp hơn như u lympho tế bào T, loại bất thực sản, u lympho nguyên bào tương bào.<sup>4,12,13</sup> Theo tác giả Petric (2011) tổng hợp 197 ca u lympho ác tính không Hodgkin tại tim được báo cáo từ giai đoạn 1949-2009, phổ biến nhất là u lympho tế bào B lớn lan tỏa (133/197 ca), các phân nhóm khác gặp dưới 10% (13 ca Burkitt, 10 ca u lympho tế bào T, 2 ca u lympho nguyên bào tương bào, có 51 ca chiếm 26% không được xác định phân nhóm).<sup>6</sup> Còn theo Theo tác giả Gordon (2016) tổng hợp 94 ca được từ các nghiên cứu trong giai đoạn 1990 đến 2015 cho thấy tỷ lệ các phân nhóm lần lượt là u lympho ác tính tế bào B lớn lan tỏa (58%), u lympho tế bào T (16%), u lympho Burkitt (9%) và CLL/SLL (6%).<sup>14</sup>

Điều trị u lympho ác tính không Hodgkin tại tim cơ bản bằng hóa chất. Các tài liệu chỉ ra rằng, khi điều trị bằng hóa chất đơn thuần, 50 - 60% bệnh nhân đạt kết quả thuyên giảm bệnh.<sup>2,3,8</sup> Phác đồ điều trị chủ yếu là CHOP,

được chỉ định cho phần lớn số bệnh nhân, như theo tác giả Petrich (2011) tổng hợp từ 197 ca được ghi nhận từ các báo cáo trường hợp từ 1949 đến 2009, con số này là 89% số bệnh nhân.<sup>4,6,15</sup> Rituximab được kết hợp điều trị từ năm 2001, với phác đồ chủ đạo là RCHOP. Kết hợp Rituximab đã cải thiện hơn về kết quả điều trị cho bệnh nhân. Xạ trị có thể được chỉ định kết hợp. Phẫu thuật chỉ đóng vai trò sinh thiết tổn thương, điều trị biến chứng u khi gây tắc nghẽn tại tim. Báo cáo trường hợp của tác giả Gowda (2005) cho thấy phẫu thuật công phá u kết hợp hóa trị và xạ trị có thể cho kết quả sống thêm lên tới 5 năm.<sup>3,16</sup>

Cũng theo tác giả Petrich, kết quả sống thêm chịu ảnh hưởng của một số yếu tố như tình trạng miễn dịch, tổn thương tâm thất trái, sự hiện diện của bệnh ngoài tim và rối loạn nhịp tim. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình (OS) đối với suy giảm miễn dịch và bình thường về miễn dịch lần lượt là 3,5 tháng và chưa ghi nhận (HR = 0,29, 95%CI: 0,13 - 0,68; p = 0,004). Bệnh nhân có u ở thất trái không gặp phổ biến (26%), có thời gian sống thêm trung bình toàn bộ chỉ là 1,0 tháng so với bệnh nhân không có u ở thất trái (22 tháng, HR = 0,28, 95%CI: 0,12 - 0,64; p = 0,002). Bệnh nhân mắc thêm bệnh tim kèm theo có sống thêm trung bình toàn bộ ngắn hơn so với những người không mắc bệnh (6 tháng so với 22 tháng, HR = 0,49, 95%CI: 0,26 - 0,91; p = 0,02). Những bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim có sống thêm trung bình chưa ghi nhận được (n = 55), trong khi những bệnh nhân không có rối loạn nhịp (n = 41) có sống thêm trung bình là 6 tháng (HR = 0,51, 95%CI: 0,29 - 0,91; p = 0,024). Tác giả giải thích về yếu tố có rối loạn nhịp tim ảnh hưởng tốt đến kết quả điều trị là nghĩ đến do bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng rối loạn nhịp tim nên thường sẽ đến viện khám sớm và trên những bệnh nhân này, các phương pháp thăm dò bằng hình ảnh được chỉ định sớm giúp chẩn đoán sớm hơn so với

những bệnh nhân không có rối loạn nhịp tim kèm theo. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ theo tác giả tổng hợp là 79% (59% đạt đáp ứng hoàn toàn), và sống thêm trung bình toàn bộ (4 năm) đạt được là 42%. Nhìn chung, kết quả này thấp hơn so với u lympho nguyên phát tại dạ dày (5 năm: 71%), vú (5 năm: 63%), tinh hoàn (5 năm: 48%), nhưng cao hơn so với u lympho tại thần kinh trung ương (2 năm: 37%). Nguyên nhân tử vong phổ biến nhất là suy tim (40%), thường theo sau tình trạng nhiễm trùng huyết hoặc nhiễm trùng nặng khác (26%), bệnh tiến triển (23%), các nguyên nhân khác như rối loạn nhịp tim, thuyên tắc mạch phổi, tai biến mạch máu não, mặc dù biểu hiện ép tim gặp ở 36% bệnh nhân (34% trong số bệnh nhân có tràn dịch màng ngoài tim), nhưng chỉ ghi nhận 1 ca tử vong do nguyên nhân này.<sup>6</sup>

Ca bệnh của chúng tôi cho kết quả điều trị khá tốt, triệu chứng cơ năng được cải thiện nhanh và kết quả đáp ứng bán phần sau điều trị. Hiện tại ở tháng thứ 33, bệnh nhân toàn trạng ổn định, không có triệu chứng trên lâm sàng.

#### IV. KẾT LUẬN

U lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát tại tim là một bệnh lý rất hiếm gặp, dễ nhầm với một số bệnh lý về tim khác, vị trí tổn thương khó tiếp cận để sinh thiết nên bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, vì vậy kết quả điều trị thường hạn chế. Hóa trị có vai trò chính trong kiểm soát bệnh với phác đồ chủ đạo là RCHOPh. Bệnh đáp ứng tốt với hóa trị, tuy nhiên một số yếu tố như tổn thương ở thất trái, bệnh lý kèm theo, đặc biệt là bệnh tim mạch, những rối loạn tại tim do tổn thương hoặc do điều trị gây ra có ảnh hưởng lớn đến liệu trình điều trị cũng như tiên lượng bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johri A, Baetz T, Isotalo PA, Nolan RL, Sanfilippo AJ, Ropchan G. Primary cardiac

- diffuse large B cell lymphoma presenting with superior vena cava syndrome. *The Canadian journal of cardiology*. Jun 2009; 25(6): e210-2. doi:10.1016/s0828-282x(09)70110-2.
2. Jonavicius K, Salcius K, Meskauskas R, Valeviciene N, Tarutis V, Sirvydis V. Primary cardiac lymphoma: two cases and a review of literature. *Journal of cardiothoracic surgery*. Oct 30 2015; 10:138. doi:10.1186/s13019-015-0348-0.
3. Khan-Kheil AM, Mustafa HM, Anand DV, Banerjee P. A rare case of primary cardiac lymphoma. *BMJ case reports*. Nov 4 2015; 2015doi:10.1136/bcr-2015-211208.
4. Miguel CE, Bestetti RB. Primary cardiac lymphoma. *International journal of cardiology*. Jun 16 2011; 149(3): 358-63. doi:10.1016/j.ijcard.2010.02.016.
5. Rolla G, Bertero MT, Pastena G, et al. Primary lymphoma of the heart. A case report and review of the literature. *Leukemia research*. Jan 2002; 26(1): 117-20. doi:10.1016/s0145-2126(01)00092-3.
6. Petrich A, Cho SI, Billett H. Primary cardiac lymphoma: an analysis of presentation, treatment, and outcome patterns. *Cancer*. Feb 1 2011; 117(3): 581-9. doi:10.1002/cncr.25444.
7. Lestuzzi C, De Paoli A, Baresic T, Miolo G, Buonadonna A. Malignant cardiac tumors: diagnosis and treatment. *Future cardiology*. Jul 2015; 11(4): 485-500. doi:10.2217/fca.15.10.
8. Chin JY, Chung MH, Kim JJ, et al. Extensive primary cardiac lymphoma diagnosed by percutaneous endomyocardial biopsy. *Journal of cardiovascular ultrasound*. Dec 2009; 17(4): 141-4. doi:10.4250/jcu.2009.17.4.141.
9. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Nair GM, Catton C, Yau T. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol*. Apr 2005; 6(4): 219-28. doi:10.1016/s1470-2045(05)70093-0.
10. Asadian S, Rezaeian N, Hosseini L, Toloueitabar Y, Hemmati Komasi MM. The role of cardiac CT and MRI in the diagnosis and management of primary cardiac lymphoma: A comprehensive review. *Trends Cardiovasc Med*. Oct 2022; 32(7): 408-420. doi:10.1016/j.tcm.2021.08.010.
11. Jeudy J, Burke AP, Frazier AA. Cardiac Lymphoma. *Radiol Clin North Am*. Jul 2016; 54(4): 689-710. doi:10.1016/j.rcl.2016.03.006.
12. Antoniades L, Eftychiou C, Petrou PM, Bagatzounis A, Minas M. Primary cardiac lymphoma: case report and brief review of the literature. *Echocardiography (Mount Kisco, NY)*. Feb 2009; 26(2): 214-9. doi:10.1111/j.1540-8175.2008.00757.x.
13. Deepti AN, Noone ML, Mahadevan A, et al. Primary cardiac cytotoxic T-cell lymphoma presenting with neurological deficits: a case report. *Cardiovascular pathology : the official journal of the Society for Cardiovascular Pathology*. Sep-Oct 2008; 17(5): 334-8. doi:10.1016/j.carpath.2007.08.004.
14. Gordon MJ, Danilova O, Spurgeon S, Danilov AV. Cardiac non-Hodgkin's lymphoma: clinical characteristics and trends in survival. *European journal of haematology*. Nov 2016; 97(5): 445-452. doi:10.1111/ejh.12751.
15. Kang SM, Rim SJ, Chang HJ, et al. Primary cardiac lymphoma diagnosed by transvenous biopsy under transesophageal echocardiographic guidance and treated with systemic chemotherapy. *Echocardiography (Mount Kisco, NY)*. Jan 2003; 20(1): 101-3. doi:10.1046/j.1540-8175.2003.00017.x.
16. Gowda RM, Khan IA. Clinical perspectives of primary cardiac lymphoma. *Angiology*. Sep-Oct 2003; 54(5): 599-604. doi:10.1177/000331970305400510.

## Summary

### A CASE REPORT OF PRIMARY CARDIAC NON-HODGKIN'S LYMPHOMA

Primary cardiac non-Hodgkin's lymphoma (NHL) is a rare condition. In the world as well as in Vietnam, there have been no studies on a large number of cardiac NHL patients, most of which are individual case reports or analysis review from these cases. At the Oncology Center of Thai Nguyen National Hospital, so far, no case of primary heart disease has been diagnosed and treated., we would like to provide a case study to report additional information for future confirmation and differential diagnosis to similar cases, as well as information about prognosis and treatment therapy. A 60-year-old male patient was diagnosed with primary cardiac NHL. The patient underwent CT Scanner to detect tumor in the left atrium, histopathology was diffuse large B-cell NHL, non-germinal type, CD 20 (+). The patient was treated with chemotherapy (RCHOP + RCVP regimen) And partial response was achieved; c urrently, at the 33rd month, the patient is in stable condition, without clinical symptoms.

**Keywords:** Primary cardiac lymphoma, non-Hodgkin's lymphoma, extranodal lymphoma, cardiac tumour.