

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U LYMPHO NGUYÊN PHÁT THẦN KINH TRUNG ƯƠNG ĐƯỢC XẠ TRỊ TOÀN NÃO TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng<sup>1,2,✉</sup>, Trần Vũ Hoàng Quân<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

*U lympho nguyên phát thần kinh trung ương là một thể bệnh u lympho không Hodgkin, biểu hiện ở não, màng não mềm, tuỷ sống và mắt mà không có biểu hiện hệ thống. Bệnh hiếm gặp với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng khác biệt so với các khối u não khác. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 21 bệnh nhân u lympho nguyên phát thần kinh trung ương được xạ trị toàn não tại Bệnh viện K từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2024 nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thể bệnh này. Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân khi được chẩn đoán là 59,9 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu (81%). Tất cả bệnh nhân đều có u nằm ở nhu mô não với vị trí tổn thương thường gặp nhất là vùng não sâu (não thất, đồi thị, thể chai) chiếm 66,7%. 95,2% thể giải phẫu bệnh là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan toả. Đặc điểm u trên cộng hưởng từ chủ yếu là giảm và đồng tín hiệu trên xung T1 và T2, ngấm thuốc mạnh và đồng nhất.*

**Từ khoá:** U lympho nguyên phát thần kinh trung ương, xạ trị toàn não, lâm sàng, cận lâm sàng.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho nguyên phát thần kinh trung ương là một thể bệnh hiếm gặp của u lympho không Hodgkin ngoài hạch, chỉ chiếm khoảng 2% các khối u não và 4 - 6% u lympho không Hodgkin.<sup>1</sup> Bệnh có thể biểu hiện ở não, màng não mềm, tuỷ sống và mắt mà không có bất kỳ biểu hiện nào của u lympho hệ thống (hạch, vị trí ngoài hạch khác). Bệnh có độ ác tính cao với diễn biến lâm sàng tiến triển nhanh, tiên lượng xấu. 90% u lympho nguyên phát thần kinh trung ương có thể giải phẫu bệnh là tế bào B lớn lan toả. 10% trường hợp còn lại bao gồm u lympho tế bào T, u lympho độ ác tính thấp và u lympho Burkitt.<sup>2,3</sup>

U lympho nguyên phát thần kinh trung ương

là khối u ác tính có tính chất xâm lấn. Hầu hết bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng thần kinh cấp tính đến bán cấp, tiến triển trong vòng vài ngày đến vài tuần. Biểu hiện lâm sàng khác nhau phụ thuộc vào vị trí khối u trong não, có thể biểu hiện dấu hiệu thần kinh khu trú, rối loạn tâm thần, tăng áp lực nội sọ, co giật, nhìn mờ... Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến khi chẩn đoán là khoảng 30 ngày.<sup>4</sup> Sinh thiết có phương tiện hướng dẫn định vị tổn thương là phương pháp được lựa chọn dùng trong chẩn đoán bệnh với ưu điểm nguy cơ tai biến thấp và cho phép kết hợp với phân tích mô bệnh học tức thì trong quá trình thực hiện thủ thuật, đảm bảo hiệu quả sinh thiết.

Methotrexate liều cao (3 - 8 g/m<sup>2</sup>) là nền tảng của điều trị do khả năng đi qua hàng rào máu não, mang lại tỉ lệ đáp ứng cao. Hiện nay, xạ trị toàn não có vai trò điều trị củng cố sau Methotrexate liều cao hoặc điều trị vớt vát ở những bệnh nhân không thể dung nạp với liệu

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Đăng

Bệnh viện K

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 27/12/2024

Ngày được chấp nhận: 24/01/2025

pháp toàn thân và khi bệnh tiến triển, tái phát.<sup>5</sup> Do số lượng bệnh nhân u lympho nguyên phát thần kinh trung ương ít, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u lympho nguyên phát thần kinh trung ương tại Bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 21 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u lympho nguyên phát thần kinh trung ương được điều trị xạ trị toàn não tại Khoa Xạ Đầu cổ - Bệnh viện K từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2024.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định u lympho nguyên phát thần kinh trung ương dựa vào mô bệnh học, hoá mô miễn dịch (U chỉ có tại thần kinh trung ương loại trừ các trường hợp u lympho hệ thống bằng khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh CT scan hoặc PET/CT).

- Thể trạng chung PS 0-2.

- Bệnh nhân được xạ trị toàn não (cứng cổ hoặc vót vát).

- Các tổn thương có thể đánh giá được bằng PET-CT, MRI, CT.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.

- Bệnh nhân có nguy cơ tử vong do các bệnh trầm trọng khác (bệnh tim mạch, nhiễm trùng cấp...).

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

**Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 6/2019 đến tháng 9/2024 tại Khoa Xạ Đầu cổ - Bệnh viện K.

**Mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu thuận tiện, nghiên cứu lựa chọn được 21 bệnh nhân.

#### **Quy trình tiến hành nghiên cứu**

Bước 1. Lập mẫu bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2. Bệnh nhân được thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng theo mục tiêu nghiên cứu.

Bước 3. Phân tích số liệu và viết báo cáo.

#### **Các biến số nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, chỉ số toàn trạng, triệu chứng lâm sàng khi vào viện.

+ Triệu chứng cơ năng: Đau đầu, buồn nôn; giảm trí nhớ; nhìn mờ, giảm thị lực; rối loạn cảm giác, vận động.

+ Triệu chứng thực thể: dấu hiệu thần kinh khu trú, hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng màng não.

Đặc điểm cận lâm sàng: vị trí, số lượng, kích thước u, đặc điểm u trên cộng hưởng từ xung T1, T2.

Thể mô bệnh học, các dấu ấn miễn dịch (CD10, CD20, BCL6, MUM1, Ki67).

#### **Phân tích và xử lý số liệu**

Số liệu thu thập được mã hoá, xử lý bằng phần mềm SPSS26. Các thuật toán thống kê: mô tả, kiểm định, so sánh.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp, chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Kết quả của nghiên cứu được công bố trung thực, đầy đủ, kịp thời. Tất cả thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là  $59,9 \pm 8,3$ . Tuổi cao nhất là 73, thấp nhất là 45. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ

lệ nam/nữ là 2,5/1. 85,7% bệnh nhân có toàn trạng khá với chỉ số PS 0-1 tại thời điểm chẩn đoán. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau đầu (n = 17) chiếm 81%; tiếp đến là dấu hiệu thần kinh khu trú (66,7%) và giảm trí nhớ

(23,8%). Có 1 bệnh nhân có biểu hiện nhìn mờ, thị lực giảm. Đa số bệnh nhân không có biểu hiện hội chứng B (sốt > 38°C không rõ nguyên nhân, vã mồ hôi đêm, sút > 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 6 tháng), chiếm 90,5%.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm (n = 21)		Giá trị
Tuổi trung bình (min - max)		59,9 ± 8,3 (45 - 73)
Giới tính	Nam	15 (71,4%)
	Nữ	6 (28,6%)
Toàn trạng (PS)	0	8 (38,1%)
	1	10 (47,6%)
	2	3 (14,3%)
Triệu chứng lâm sàng khi vào viện	Dấu hiệu thần kinh khu trú	14 (66,7%)
	Đau đầu, buồn nôn	17 (81%)
	Giảm trí nhớ	5 (23,8%)
	Nhìn mờ, giảm thị lực	1 (4,8%)
Các triệu chứng B	Không	19 (90,5%)
	Có	2 (9,5%)

**Bảng 2. Phương pháp chẩn đoán**

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân (n = 21)	Tỉ lệ %
Sinh thiết u qua khung định vị	14	66,7
Mở nắp sọ sinh thiết u, cắt u bán phần	4	19
Mở nắp sọ cắt trọn u	2	9,5
Flow cytometry dịch não tủy	1	4,8
<b>Tổng</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được sinh thiết u qua khung định vị (66,7%). 4 bệnh nhân (19%) được mở nắp sọ sinh thiết, cắt u bán phần. 2 bệnh nhân (9,5%) được mổ cắt trọn u. Chỉ có 1 bệnh nhân do tổn thương u ở

thân não, không sinh thiết được nên được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm flow cytometry dịch não tủy, kết quả là U lympho tế bào T – một dạng hiếm gặp trong u lympho nguyên phát thần kinh trung ương.

## 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

	Đặc điểm (n = 21)	Số bệnh nhân (n = 21)	Tỉ lệ %
<i>Kích thước u</i>	≤ 3cm	6	28,6
	> 3cm	15	71,4
<i>Số lượng u</i>	1 u (đơn ổ)	8	38,1
	≥ 2 u (đa ổ)	13	61,9
<i>Vị trí tổn thương</i>	Não thất	8	38,1
	Thùy trán	7	33,3
	Thùy đỉnh	1	4,8
	Thùy thái dương	4	19
	Thùy chẩm	4	19
	Lồi thể trai	3	14,3
	Đồi thị	3	14,3
	Tiểu não	3	14,3
	Thân não	2	9,5

Phần lớn khối u có kích thước > 3cm (71,4%). U đa ổ chiếm ưu thế (61,9%) cho thấy tính lan toả trong hệ thần kinh trung ương của bệnh. Vị trí u thường gặp nhất là các tổn

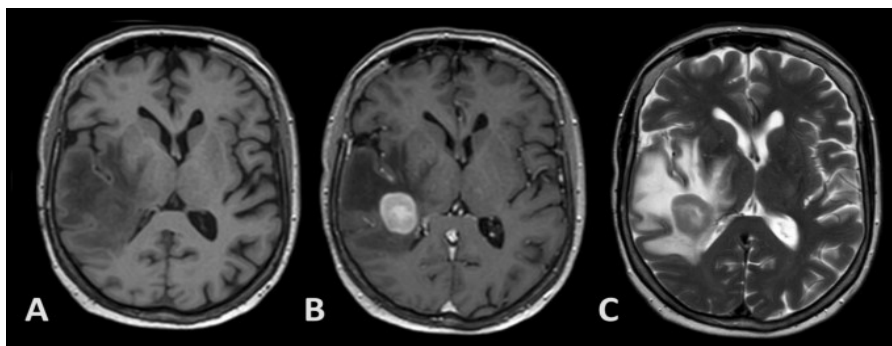
thương sâu (đồi thị, thể trai, nhân bào) và thùy trán với tỉ lệ lần lượt là 66,7% và 33,3%; ít gặp nhất là thùy đỉnh (4,8%).

Bảng 4. Đặc điểm u trên phim cộng hưởng từ sọ não

	Hình ảnh u trên phim cộng hưởng từ não	Số bệnh nhân (n = 21)	Tỉ lệ %
<i>Tín hiệu trên T1W</i>	Giảm tín hiệu	17	81
	Đồng tín hiệu	3	14,2
	Tăng tín hiệu	1	4,8
<i>Tín hiệu trên T2W</i>	Giảm tín hiệu	5	23,8
	Đồng tín hiệu	9	42,9
	Tăng tín hiệu	7	33,3
<i>Ngám thuốc</i>	Mạnh đồng nhất	13	61,9
	Không đồng nhất	6	28,6
	Không ngấm thuốc	2	9,5

Trên phim cộng hưởng từ, tín hiệu tổn thương trên xung T1 chủ yếu là đồng và giảm tín hiệu, chiếm 95,2% (n = 20). Trên xung T2, tổn thương đồng và giảm tín hiệu cũng chiếm

chủ yếu với tỉ lệ 66,7% (n = 14), còn lại là tổn thương tăng tín hiệu (33,3%). Sau tiêm thuốc đối quang từ, tổn thương ngấm thuốc mạnh và đồng nhất chiếm đa số với tỉ lệ 61,9%.



**Hình 1. Hình ảnh MRI bệnh nhân u lympho nguyên phát thần kinh trung ương. Tổn thương giảm tín hiệu trên xung T1W (A) và T2W (C), bắt thuốc tương đối đồng nhất sau tiêm thuốc đối quang từ (B)**

**Bảng 5. Đặc điểm mô bệnh học của bệnh nhân**

Thể mô bệnh học (n = 21)		Số bệnh nhân (n = 21)	Tỉ lệ %
<i>U lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan toả</i>	Type tâm mầm	5	23,8
	Type không tâm mầm	15	71,4
<i>U lympho tế bào T</i>		1	4,8

95,2% bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan toả, trong đó dưới nhóm không tâm mầm chiếm 71,4% (n

= 15). Chỉ có 1 bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là u lympho tế bào T – một dạng hiếm gặp trong u lympho nguyên phát thần kinh trung ương.

**Bảng 6. Đặc điểm dấu ấn miễn dịch khối u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan toả (n = 20)**

Dấu ấn miễn dịch	Âm tính	Dương tính
CD20	0 (0%)	20 (100%)
CD10	16 (80%)	4 (20%)
BCL6	8 (40%)	12 (60%)
MUM1	4 (20%)	16 (80%)
Ki67	76,7 ± 11,2 %	

Về hoá mô miễn dịch, 100% bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan toả có

dấu ấn C D20 (+). Dấu ấn CD10 dương tính ở số ít bệnh nhân (20%). Đa số bệnh nhân dương

tính với dấu ấn BCL6 và MUM1, tương ứng 60% và 80%. Trung bình chỉ số Ki67 là  $76,7 \pm 11,2\%$ .

## IV. BÀN LUẬN

### Tuổi và giới

Trong số 21 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là 59,9. Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với một số nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Huyền Nga trên 35 bệnh nhân u lympho nguyên phát thần kinh trung ương điều trị tại Khoa Nội hệ tạo huyết - Bệnh viện K ghi nhận tuổi trung bình là 56,7 và nam giới chiếm 54,3%.<sup>6</sup> Nghiên cứu của Phạm Hải Yến trên 50 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B lớn nguyên phát thần kinh trung ương tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,3 với tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1.<sup>7</sup> Tác giả Jaewon Hyung năm 2019 nghiên cứu 163 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn nguyên phát thần kinh trung ương tại trung tâm y tế Asan ở Seoul, Hàn Quốc từ năm 1993 - 2017 cho thấy tuổi trung bình là 60, tỷ lệ nam giới cao hơn (54,6%).<sup>8</sup> Kansara nghiên cứu 174 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn nguyên phát thần kinh trung ương tại trung tâm British Columbia từ năm 2000 - 2013 cho thấy tuổi trung bình là 61 và 61% bệnh nhân là nam giới.<sup>9</sup>

### Triệu chứng khi vào viện

U lympho nguyên phát thần kinh trung ương có thể biểu hiện trong não, màng não, mắt hoặc tuỷ sống. Biểu hiện lâm sàng của bệnh tuỳ thuộc vào các vị trí liên quan, hầu hết biểu hiện dưới dạng các triệu chứng liên quan đến tổn thương quanh não thất trong não. Triệu chứng ban đầu của bệnh nhân thường là đau đầu, nhìn mờ, rối loạn vận động, liệt nửa người. Nghiên cứu của Aki H trên 38 bệnh nhân tại

khoa Y Cerrahpasa nhận thấy phần lớn bệnh nhân có biểu hiện đau đầu ( $n = 12$ ), dấu hiệu thần kinh khu trú ( $n = 9$ ), động kinh ( $n = 6$ ) và dấu hiệu tăng áp lực nội sọ ( $n = 5$ ).<sup>10</sup> Tác giả Đỗ Huyền Nga ghi nhận triệu chứng lâm sàng đặc trưng của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương là đau đầu chiếm 88,6% với 31,4% bệnh nhân có hội chứng tăng áp lực nội sọ khi vào viện.<sup>6</sup> Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả tương tự với đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (81%), tiếp đến là dấu hiệu thần kinh khu trú (66,7%), giảm trí nhớ (23,8%), nhìn mờ (4,8%). Triệu chứng B rất hiếm gặp, chỉ gặp 2/21 bệnh nhân trong nghiên cứu; có thể nói lên sự tiến triển của bệnh rất nhanh, bệnh nhân thường đến khám vì những triệu chứng thần kinh hơn các triệu chứng toàn thân.

### Vị trí tổn thương

Nhu mô não là vị trí tổn thương thường gặp trong u lympho nguyên phát thần kinh trung ương (> 80% trường hợp). Tổn thương có thể xuất hiện ở nhiều vị trí trong hệ thần kinh trung ương, thường gặp ở các cấu trúc sâu trong nhu mô não (đồi thị, các nhân nền, thể trai, vùng cạnh não thất). Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều biểu hiện u ở nhu mô não với 61,9% bệnh nhân có tổn thương đa ổ và 31,8% bệnh nhân có tổn thương đơn ổ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Huyền Nga với 74,3% bệnh nhân có tổn thương đa ổ.<sup>6</sup> Các nghiên cứu khác thì ghi nhận hơn 50% bệnh nhân có tổn thương u đơn ổ trong khi tổn thương đa ổ thấy ở 35 - 45% bệnh nhân.<sup>8,10</sup> Điều này hơi khác so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đến viện khi bệnh đã lan tràn nên tổn thương đa ổ nhiều hơn tổn thương đơn ổ. Vị trí tổn thương thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là vùng não sâu (não thất, đồi thị, thể trai) chiếm tỷ lệ 66,7% ( $n = 14$ ), tiếp đến ở thùy trán (33,3%).

## Phương pháp chẩn đoán

Trái ngược với u sao bào (astrocytoma) và các y thần kinh đệm khác, phẫu thuật không phải là phương pháp điều trị chính để điều trị u lympho nguyên phát thần kinh trung ương. Thực tế cho thấy, u lympho nguyên phát thần kinh trung ương thường đa ổ, việc phẫu thuật cắt bỏ khối u thường bị chống chỉ định vì liên quan đến các cấu trúc sâu, hoặc do bệnh lý về mắt hoặc màng não. Ngoài ra, phẫu thuật có thể làm lan tràn các tế bào u qua khoang dưới nhện. Các dữ liệu cũng không cho thấy lợi ích sống còn ở bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần khối u so với những bệnh nhân được sinh thiết u qua khung định vị. Ngoài ra, phẫu thuật cắt bỏ u có nguy cơ gây các biến chứng thần kinh sau phẫu thuật.<sup>11</sup> Vì vậy, hầu hết các tác giả đều khuyến nghị sinh thiết u thay vì cắt bỏ khối u.<sup>12</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được sinh thiết u qua khung định vị (66,7%). Sinh thiết u qua khung định vị với ưu điểm vết mổ nhỏ, lấy được chính xác mô bệnh phẩm, hạn chế tối đa tổn thương nhu mô não lành, không làm nặng thêm tình trạng lâm sàng. 28,5% bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần u do khối u lớn vị trí bán cầu gây chèn ép hiệu ứng khối. Chỉ có 1 bệnh nhân không sinh thiết được nên được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm flow cytometry dịch não tủy. Flow cytometry là xét nghiệm tế bào dòng chảy, một công nghệ cho phép mô tả đặc điểm và phân biệt những nhóm quần thể tế bào riêng biệt dựa vào ánh sáng tán xạ và những tín hiệu huỳnh quang của chúng khi từng tế bào đi qua một nguồn sáng tập trung phân tích. Xét nghiệm này cho phép phát hiện quần thể tế bào B đơn dòng chiếm chưa đến 1% tổng số tế bào, rất có ý nghĩa trong trường hợp không thể sinh thiết u não do vị trí u quá sâu hoặc ở vị trí quan trọng.<sup>13</sup>

## Thể giải phẫu bệnh

90% u lympho nguyên phát thần kinh trung ương có thể giải phẫu bệnh là tế bào B lớn lan toả. 10% trường hợp còn lại là những thể giải phẫu bệnh khác, bao gồm u lympho tế bào T, u lympho độ ác tính thấp và u lympho Burkitt.<sup>2,3</sup> Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 95,2% bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là u lympho tế bào B lớn lan toả, chỉ có 1 bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là tế bào T. Với thể tế bào B lớn lan toả, phân loại dưới nhóm theo hoá mô miễn dịch đã được áp dụng trên thế giới. Bằng việc sử dụng bộ ba dấu ấn CD10, BCL6 và MUM1, u lympho tế bào B lớn lan toả được phân thành hai dưới nhóm: tâm mầm (CD10(+) hoặc CD10(-), BCL6(+) và MUM1(-)) và không tâm mầm. Nghiên cứu của Hans cho thấy sống thêm toàn bộ 5 năm của nhóm tâm mầm là 76% và nhóm không tâm mầm chỉ là 34% ( $p < 0,001$ ).<sup>14</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, dựa vào kết quả nhuộm hoá mô miễn dịch cho thấy 15/21 bệnh nhân (71,4%) thuộc dưới nhóm không tâm mầm. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận dưới nhóm không tâm mầm chiếm đa số trong u lympho nguyên phát thần kinh trung ương.<sup>6,7</sup> Điều này giải thích tạo sao u lympho nguyên phát thần kinh trung ương lại có tiên lượng xấu như vậy.

## Đặc điểm u trên cộng hưởng từ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương u lympho nguyên phát thần kinh trung ương trên cộng hưởng từ trên xung T1 chủ yếu là đồng và giảm tín hiệu chiếm tỉ lệ 95,2%. Trên xung T2, tổn thương đồng tín hiệu chiếm chủ yếu với tỉ lệ 42,9%, tổn thương giảm tín hiệu và tăng tín hiệu chiếm tỉ lệ lần lượt là 23,8% và 33,3%. Sau tiêm thuốc đối quang từ, tổn thương ngấm thuốc mạnh và đồng nhất chiếm đa số với tỉ lệ 61,9%. Kết quả này cũng tương tự với các đặc điểm MRI của u lympho nguyên phát thần kinh

trung ương. Tín hiệu điển hình trên MRI của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương là giảm tín hiệu trên xung T1, đồng hoặc giảm tín hiệu trên xung T2, ngấm thuốc đồng nhất và hạn chế khuếch tán. Giảm tín hiệu trên xung T2 do mật độ tế bào cao của u và sự hiện diện của nhân tế bào đông đặc trong mô u. Mật độ tế bào cao làm hạn chế chuyển động của các phân tử nước, dẫn đến giảm tín hiệu trên T2. Đây là một đặc điểm quan trọng phân biệt u lympho nguyên phát thần kinh trung ương với các tổn thương khác như u thần kinh đệm, tổn thương di căn não - là những tổn thương tăng tín hiệu trên T2.

## V. KẾT LUẬN

U lympho nguyên phát thần kinh trung ương thường gặp ở nam giới, trung tuổi. Triệu chứng thường gặp của bệnh nhân là đau đầu, dấu hiệu thần kinh khu trú. Tổn thương u thường gặp ở các cấu trúc sâu của nhu mô não (đồi thị, nhân nền, thể trai), nhiều bệnh nhân có tổn thương đa ổ. Tổn thương chủ yếu giảm và đồng tín hiệu trên xung T1 và T2, ngấm thuốc mạnh và đồng nhất trên phim cộng hưởng từ. Thể giải phẫu bệnh thường gặp là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan toả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ostrom QT, Price M, Neff C, et al. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2015-2019. *Neuro Oncol.* Oct 5 2022;24(Suppl 5):v1-v95. doi:10.1093/neuonc/noac202
- Camilleri-Broet S, Martin A, Moreau A, et al. Primary central nervous system lymphomas in 72 immunocompetent patients: pathologic findings and clinical correlations. Groupe Ouest Est d'étude des Leucemies et Autres Maladies du Sang (GOELAMS). *Am J Clin Pathol.* Nov 1998;110(5):607-12. doi:10.1093/ajcp/110.5.607
- Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology.* 2016;127(20):2375-2390.
- Houillier C, Soussain C, Ghesquière H, et al. Management and outcome of primary CNS lymphoma in the modern era: an LOC network study. *Neurology.* 2020;94(10):e1027-e1039.
- Nelson DF, Martz KL, Bonner H, et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the brain: can high dose, large volume radiation therapy improve survival? Report on a prospective trial by the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG): RTOG 8315. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1992;23(1):9-17. doi:10.1016/0360-3016(92)90538-s
- Đỗ Huyền Nga, Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Tùng. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u lympho nguyên phát thần kinh trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;541(1)
- Phạm Hải Yến, Nguyễn Ngọc Dũng, Nguyễn Thị Mai. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B lớn nguyên phát thần kinh TW tại Viện Huyết học truyền máu TW. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;520.
- Hyung J, Hong JY, Kim S, et al. Beta-2 microglobulin as a prognostic factor of primary central nervous system lymphoma. *Blood research.* 2019;54(4):285-288.
- Kansara R, Shenkier TN, Connors JM, et al. Rituximab with high-dose methotrexate in primary central nervous system lymphoma. *American journal of hematology.* 2015;90(12):1149-1154.
- Aki H, Uzunaslan D, Saygin C, et al. Primary central nervous system lymphoma in



immunocompetent individuals: A single center experience. *International journal of clinical and experimental pathology*. 2013;6(6):1068.

11. Bataille B, Delwail V, Menet E, et al. Primary intracerebral malignant lymphoma: report of 248 cases. *Journal of neurosurgery*. 2000;92(2):261-266.

12. Abrey LE, Batchelor TT, Ferreri AJ, et al. Report of an international workshop to standardize baseline evaluation and response criteria for primary CNS lymphoma. *Journal of*

*clinical oncology*. 2005;23(22):5034-5043.

13. Finn WG, Peterson LC, James C, et al. Enhanced detection of malignant lymphoma in cerebrospinal fluid by multiparameter flow cytometry. *American journal of clinical pathology*. 1998;110(3):341-346.

14. Hans CP, Weisenburger DD, Greiner TC, et al. Confirmation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray. *Blood*. 2004;103(1):275-282.

## Summary

### CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY CENTRAL NERVOUS SYSTEM LYMPHOMA TREATED WITH WHOLE-BRAIN RADIOTHERAPY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Primary central nervous system lymphoma (PCNSL) is a subtype of non-Hodgkin lymphoma restricted to the brain, leptomeninges, spinal cord and eyes without systemic involvement. This rare disease has distinct clinical features, treatment strategies, and prognoses compared to other brain tumors. This is a retrospective cross-sectional study on 21 PCNSL patients who underwent whole-brain radiotherapy at Vietnam National Cancer Hospital from June 2019 to September 2024 to investigate the clinical and subclinical characteristics of this disease. The study recorded that the average age of patients at diagnosis was 59.9 years old, and the male-to-female ratio was 2.5:1. The most common clinical symptom was headache (81%). All patients had tumors located in the brain parenchyma, with the most frequent lesion sites being the deep brain regions (ventricles, thalamus, corpus callosum), accounting for 66.7%. 95.2% of all cases had a pathological diagnosis of diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma. The MRI characteristics of the tumors were predominantly hypointense to isointense on T1-and T2-weighted sequences, with strong and homogeneous contrast enhancement.

**Keywords:** Primary central nervous system lymphoma (PCNSL), whole-brain radiotherapy, clinical, subclinical.