



# BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP CA LÂM SÀNG U LYMPHO NGUYÊN PHÁT TẠI MÀNG NÃO

Đỗ Việt Anh\*, Nguyễn Duy Huê\*

## SUMMARY

*Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) presented as a primary dural lesion is an extremely rare, which may be misdiagnosed as meningioma. We report the case of DLBCL presented as primary dural lesion. A 42 – year –old man with headache, MRI of brain showed a lesion occipital region, tracking the dural matter. The patient was treated with tumor resection and the diagnosis of DLBCL was established. Thus, intracranial dural DLBCL must be considered in differential diagnosis of meningeal lesions.*

**Keywords:** Primary dural lymphoma, Diffuse large B-cell lymphoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho nguyên phát ở hệ thống thần kinh trung ương (Primary Central Nervous Lymphoma) là loại hiếm gặp của Lympho không Hodgkin ngoài hạch, những vị trí có thể gặp ở nhu mô não, tủy sống, màng não và thần kinh thị kèm theo không có biểu hiện của bệnh ở vị trí khác trên cơ thể. Bệnh có tỷ lệ gặp cao hơn ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (ví dụ bệnh nhân HIV) [1].

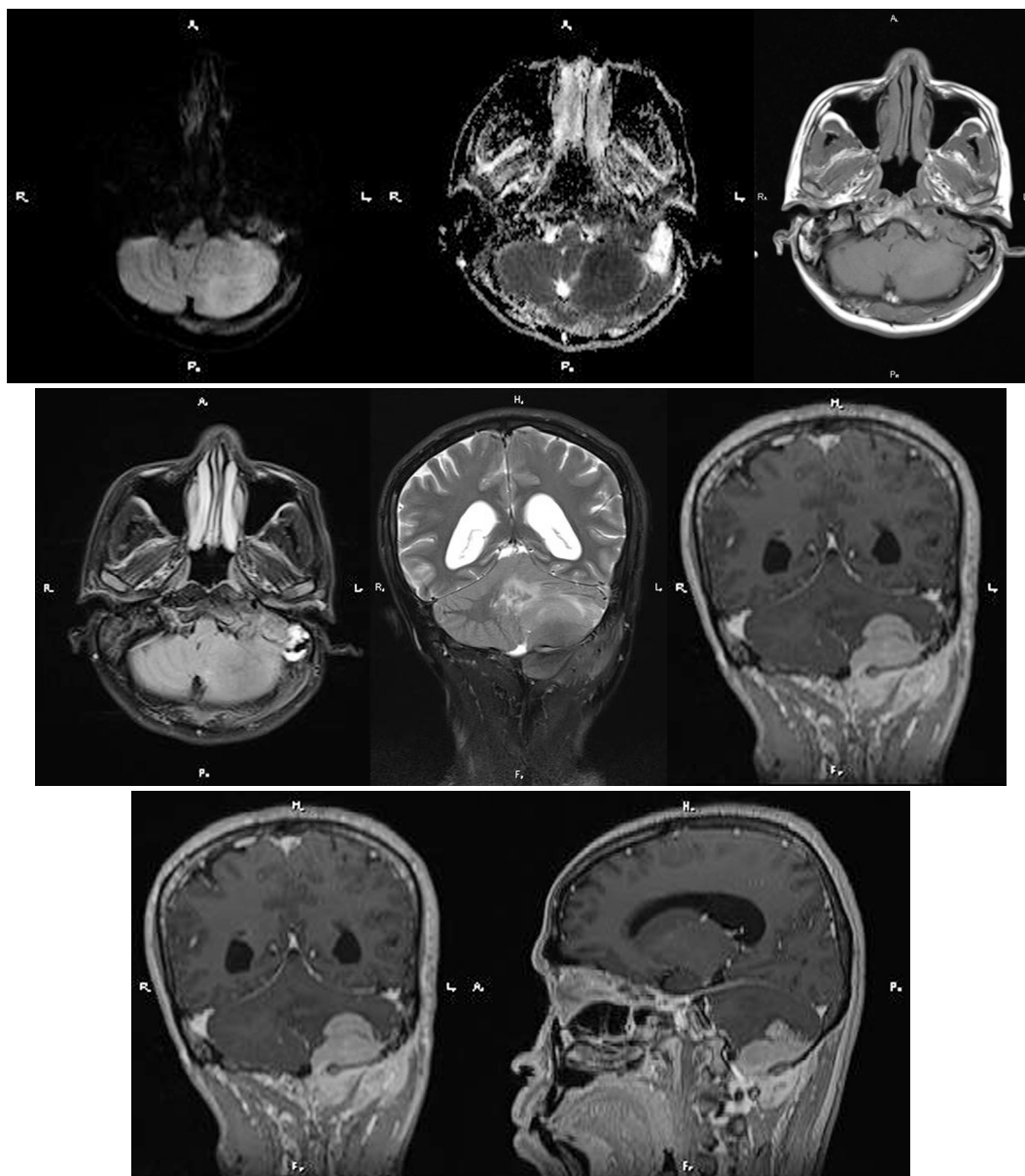
U lympho nguyên phát ở màng não (Primary dural Lymphoma - PDL) là loại rất hiếm gặp trong bệnh lý U Lympho nguyên phát tại hệ thống thần kinh trung ương, chủ yếu gặp ở trong nhu mô não chiếm khoảng 70% [2]. Đối với PDL thì 95% số ca là U lympho tế bào B lớn thể lan tỏa là thể ác tính cao[3,4]. Trên chẩn đoán hình ảnh PDL khó phân biệt với u màng não là loại u phổ biến nhất ở nội sọ.

## II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 42 tuổi, không có tiền sử bệnh lý, vào viện vì đau đầu. Triệu chứng đau đầu xuất hiện khoảng 1 tháng trước khi vào viện, bệnh nhân đau vùng

chằm và vùng cổ sau, đau liên tục, tăng dần, không buồn nôn, không nôn, không sốt. Kèm theo bệnh nhân có sưng vùng cổ sau, không thấy nóng đỏ. Khám toàn thân bệnh nhân tỉnh, không liệt, không thấy hạch ngoại vi, gan lách không to. Các xét nghiệm công thức máu, các xét nghiệm sinh hóa GOT, GPT, Creatinin, Ure, Gluco, điện giải bình thường, HIV âm tính. Trên hình ảnh CHT thấy khối chónan chỗ nằm ngoài trục thần kinh ở tầng dưới lều, sát mặt trong xương chằm bên trái, tín hiệu trung gian so với nhu mô não xám trên ảnh T2W, FLAIR và T1W, tăng tín hiệu trên ảnh DW, giảm tín hiệu trên ảnh ADC map. Nhu mô bán cầu tiểu não trái phù nhẹ, tăng tín hiệu không đều trên ảnh FLAIR, não thất IV bị chèn ép biến dạng gây hẹp nhẹ, giãn nhẹ hệ thống não thất phía trên. Sau tiêm thuốc đối quang từ, toàn bộ khối tổn thương ngấm thuốc mạnh và đồng nhất. Phần tiếp giáp nhu mô não bờ không đều, phát triển lan vào các khe cuộn não bán cầu tiểu não, phần tiếp giáp xương sọ giới hạn rõ, không thấy tổn thương tiêu xương tiếp giáp. Một phần khối phát triển lan qua lỗ chằm, bao quanh động mạch đốt sống đoạn đi vào trong sọ lan rộng ra ngoài vào khối cơ khoang cổ sau bên trái, tổn thương khoang cổ sau lan tỏa, không rõ khối (Hình 1).

\* Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức



Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân

Bệnh nhân đã được phẫu thuật, ngay dưới da vùng cằm trái là khối u xâm lấn dưới da đầu, cứng chắc, xâm lấn đến lỗ cằm, bọc quanh động mạch đốt sống. Mỡ Violet sọ cằm trái có khối u dính từ góc cầu trái đến lỗ cằm, khối cứng chắc, màu trắng xám, giàu mạch, có phần xâm lấn vào nhu mô bán cầu tiểu não bên trái.

Trên hình ảnh vi thể: tế bào u thuộc dòng lympho nhân lớn, sẫm màu, rõ hạt nhân, nhiều nhân chia, rời rạc, lan tỏa quanh mạch máu. Hóa mô miễn dịch CD 10(+), CD79a (+), CD3 (-), CD 20 (-), CD5 (-) kết quả lympho B không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa typ tâm mầm. Chỉ số Ki 67 là 50% chứng tỏ hoạt động nhân chia mạnh.

### III. BÀN LUẬN

U lympho nguyên phát tại thần kinh trung ương chiếm khoảng 1-5% các khối u ở não và khoảng 1% trong số các u lympho không Hodgkin, tình trạng suy giảm miễn dịch, bệnh nhân HIV làm tăng nguy cơ mắc bệnh [1]. Trong

U lympho nguyên phát tại thần kinh trung ương hay gặp nhất là ở nhu mô não (chiếm khoảng 70%), hiếm gặp ở màng não [2].

Lympho nguyên phát ở màng não là loại hiếm gặp trong U lympho không Hodgkin, biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào vị trí tổn thương, hay gặp bệnh nhân có biểu hiện chóng mặt, đau đầu, có thể có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ (đau đầu, nôn, nhìn mờ) [5,6].

Nguyên nhân của PDL chưa rõ ràng, giả thiết đối với các u lympho ngoài hạch là do tình trạng viêm mạn tính trước khi chuyển dạng ác tính của các tế bào lympho [3].

Trên cộng hưởng từ, PDL biểu hiện tổn thương ở màng não, tổn thương đồng tín hiệu trên T1W, sau tiêm thuốc đối quang từ khối ngấm thuốc đồng nhất, có hạn chế khuếch tán trên Diffusion. Trên chẩn đoán hình ảnh rất khó phân biệt PDL với các tổn thương ở màng não: di căn màng não, u màng não, hemangiopericytomas [3,6]. Di căn màng não hay gặp ở bệnh nhân ung thư vú [7]. Tuy nhiên tổn thương màng não hiếm khi liên quan đến ung thư. Hemangiopericytoma cũng là một loại u cực kì hiếm nên chẩn đoán phân biệt chính là với u màng não. U màng não hay PDL đều có các dấu hiệu tổn thương màng não, dấu hiệu đuôi màng cứng, tín hiệu và tính chất ngấm thuốc tương tự nhau. Một số đặc điểm gặp ở PDL và ít gặp hơn ở u màng não trên cộng hưởng từ giúp gợi ý chẩn đoán: PDL hạn chế khuếch tán trên Diffusion, tiêu xương và triệu chứng tiến triển nhanh hơn so với u màng não [6]. U màng não hay gặp nhất là thể lành tính (grade II) chiếm 80 – 90% không có dấu hiệu phá hủy xương, không thường xuyên gặp khối hạn chế khuếch tán trên Diffusion. Với các u màng não không điển hình (grade II) và thể ác tính (grade III) hiếm gặp, khối phá hủy xương rõ phát triển ra phần mềm, xâm lấn nhu mô não, phù não rộng

[8]. Trong trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi tổn thương lan tỏa ở màng não, lan vào phần mềm qua hốc tự nhiên, không phát triển xâm lấn trực tiếp ra ngoài qua xương như đối với u màng não thể ác tính, theo chúng tôi đây cũng là một đặc điểm giúp hướng đến chẩn đoán tổn thương lympho.

Về điều trị xu hướng điều trị ung thư nói chung hiện nay cũng như điều trị DLBCL là phối hợp đa phương thức để đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất. Hiện nay phần lớn các DLBCL được điều trị phối hợp hóa chất và xạ trị. Với nhóm tổn thương khu trú nằm ở một khu vực có thể xạ trị được, khối u nhỏ tiến hành xạ trị. Với khối u lớn (5-10cm), tổn thương giai đoạn II – IV kết hợp điều trị hóa trị, phác đồ CHOP là phác đồ được ưu tiên lựa chọn. Những năm gần đây nhiều nghiên cứu về phương pháp điều trị mới dùng kháng thể đơn dòng nâng cao hiệu quả điều trị [9,10,11].

Tiền lượng điều trị đối với DLBCL là khá tốt, kết quả điều trị đối với thể khu trú 92% sống thêm 3 năm và 78% sống thêm không bệnh. Đối với thể khu trú 84% sống thêm 3 năm và 59 % sống thêm không bệnh [12].

#### **IV. KẾT LUẬN**

U lympho tế bào nhân lớn thể lan tỏa ở màng não là trường hợp hiếm gặp trong u lympho không Hodgkin. Bệnh cần phải được cân nhắc đến khi gặp tổn thương ở màng não. Chúng ta nghĩ đến PDL khi có tồn tại khối u ở màng não với các triệu chứng tiến triển nhanh, hạn chế khuếch tán trên Diffusion trên cộng hưởng từ và có tiêu xương trên cắt lớp vi tính, lan tỏa trong phần mềm, những dấu hiệu này ít gặp trong u màng não. Việc nhận ra bản chất tổn thương là rất quan trọng vì việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời ngay cả khi chỉ điều trị hóa chất cũng đem lại kết quả khả quan.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. I.S. Haldorsen, A. Espeland, E. M. Larsson, *Central Nervous System Lymphoma: Characteristic Findings on Traditional and Advanced Imaging, American Journal Neurodiol* 32:984 – 92, 2011.

2. Thomas P. Naidich, Mauricio Castillo, Soonmee

Cha, James G. Smirnitopoulos, *Imaging of the Brain* (2013), *Meningeal Neoplasms*, p691 -727

3. Iwamoto FM, Abrey LE, *Primary dural lymphomas: a review. Neurosurg Focus* 2006, 21: E5 – 9.

4. Mneimneh WS, Ashraf MA, Li L, El – Kadi O, Qian J, Nazeer T, Hayner – Buchan A, Primary dural lymphoma: a novel concept of heterogeneous disease. *Pathol Int* 2013, 63: 68 -72.

5. GalarzaM, Gazzeri R, Elfeky HA, Johnson RR, Primary diffuse large B cell lymphoma of the dural mater and cranial vault: case report and literature review. *Neurosurg Focus* 2006; 21: E10-3.

6. Angelo Borsarelli Carvalho Brito, Fabiano Reis, Carmino Antonio de Souza, Jose Vassallo, Carmen Silvia Passos Lima, Intracranial primary dural diffuse large B-cell lymphoma successfully treated with chemotherapy, *Int J Clin Exp med* 2014;7(2): 456 – 460.

7. Nayak L, Abrey LE, Iwamoto FM, Intracranial dural metastases, *cancer* 2009; 115: 1947 – 53.

8. Osbon, Blaser, Salzman, Katzman, Provenzale, Castillo, Hedlund, Illner, harnsberger, Cooper, Jones, Hamilton. *Diagnostic Imaging Brain*, 2004, p 997 – 1004.

9. Safar, V, Dupuis, J, Jardin, F, et al. Early 18fluorodeoxyglucose PET Scan as a Prognostic Tool in Diffuse Large B-Cell Lymphoma Patients Treated

with An Anthracycline-Based Chemotherapy Plus Rituximab. *Blood* 2009; 114:45 (abstr 98).

10. Pfreundschuh M, Trümper L, Osterborg A, Pettengell R, Trneny M, Imrie K, Ma D, Gill D, Walewski J, Zinzani PL, Stahel R, Kvaloy S, Shpilberg O, Jaeger U, Hansen M, Lehtinen T, López-Guillermo A, Corrado C, Scheliga A, Milpied N, Mendila M, Rashford M, Kuhnt E, Loeffler M, MabThera International Trial Group, CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MInT) Group, *Lancet Oncol.* 2006;7(5):379.

11. Đỗ Anh Tú (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị U lympho ác tính không Hodgkin thể lan tỏa tế bào B lớn, Trường đại học Y Hà Nội.

12. Habermann TM, Weller EA, Morrison VA, Gascoyne RD, Cassileth PA, Cohn JB, Dakhil SR, Woda B, Fisher RI, Peterson BA, Horning SJ (2006), Rituximab-CHOP versus CHOP alone or with maintenance rituximab in older patients with diffuse large B-cell lymphoma, *J Clin Oncol.* 2006;24(19):3121.

## TÓM TẮT

U lympho tế bào B thể lan tỏa (Diffuse large B - cell lymphoma - DLBCL) nguyên phát ở màng não là thể hiếm gặp thường chẩn đoán nhầm với u màng não. Chúng tôi báo cáo trường hợp ca lâm sàng bệnh nhân DLBCL tại màng não được phát hiện ở Bệnh viện Việt Đức. Bệnh nhân nam 42 tuổi, vào viện vì đau đầu, chụp cộng hưởng từ phát hiện tổn thương tại màng não vùng hố sau phát triển lan tỏa qua lỗ chẩm vào khoang cổ sau bên trái. Bệnh nhân được phẫu thuật lấy khối u, kết quả giải phẫu bệnh là DLBCL. DLBCL phải được cân nhắc khi gặp tổn thương ở màng não với triệu chứng xuất hiện nhanh, hạn chế khuếch tán trên DW, tiêu xương và tổn thương lan tỏa.