

- 29(Supplement_1)doi:10.1093/eurjpc/zwac056.178
5. **Karalis DG, Subramanya RD, Hessen SE, Liu L, Victor MF.** Achieving optimal lipid goals in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* Mar 15 2011;107(6):886-90. doi:10.1016/j.amjcard.2010.11.006
 6. **Brandts J, Barkas F, De Bacquer D, et al.** International patterns in lipid management and implications for patients with coronary heart disease: results from the INTERASPIRE study. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2025;doi:10.1093/eurjpc/zwaf388
 7. **Hodkinson A, Tsimpida D, Kontopantelis E, Rutter MK, Mamas MA, Panagioti M.** Comparative effectiveness of statins on non-high density lipoprotein cholesterol in people with diabetes and at risk of cardiovascular disease: systematic review and network meta-analysis. 2022; 376:e067731.doi:10.1136/bmj-2021-067731%J BMJ
 8. **Puri R, Nissen SE, Shao M, et al.** Non-HDL Cholesterol and Triglycerides. 2016;36(11):2220-2228. doi:doi:10.1161/ATVBAHA.116.307601

DI CĂN NÃO ĐƠN Ổ TỪ UNG THƯ PHỔI VỚI BIỂU HIỆN GIỐNG VIÊM NÃO: CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Phạm Hữu Khuyên¹, Vũ Tiến Thế², Trần Quang Lộc^{1,3},
Lê Mỹ Hạnh³, Lê Tuấn Vũ³, Lê Thanh Dũng^{1,3}

TÓM TẮT

Chẩn đoán phân biệt giữa tổn thương di căn não đơn độc và viêm não đôi khi gặp nhiều khó khăn do biểu hiện hình ảnh không điển hình và triệu chứng lâm sàng mơ hồ. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 42 tuổi, vào viện với triệu chứng đau đầu, chóng mặt, tổn thương não đơn ổ vùng trán trái, không phù não, không ngấm thuốc viên rõ, không tăng sinh mạch hay bất thường trên phổ MRI. Bệnh nhân được điều trị triệu chứng và theo dõi. Sau 3 tháng, tổn thương tiến triển, sinh thiết cho kết quả ung thư biểu mô tuyến di căn từ phổi. Trường hợp này cho thấy cần thận trọng khi đánh giá tổn thương não đơn độc không điển hình, và nhấn mạnh vai trò của tầm soát toàn thân trong các trường hợp nghi ngờ di căn. **Từ khóa:** di căn não, viêm não, ung thư phổi di căn não

SUMMARY

SOLITARY BRAIN METASTASIS FROM LUNG CANCER MIMICKING ENCEPHALITIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Differential diagnosis between a solitary brain metastasis and encephalitis can sometimes be challenging due to atypical imaging features and vague clinical symptoms. We report a case of a 42-year-old male patient admitted with symptoms of headache and dizziness, showing a solitary brain lesion in the left frontal region. The lesion was non-edematous, had no clear ring enhancement, and showed no hypervascularity or abnormality on MRI

spectroscopy. The patient received symptomatic treatment and follow-up. After 3 months, the lesion progressed, and a biopsy confirmed adenocarcinoma metastatic from the lung. This case highlights the need for caution when evaluating atypical solitary brain lesions and emphasizes the role of systemic screening in suspected metastatic cases.

Keywords: brain metastasis, encephalitis, lung cancer brain metastasis

I. TỔNG QUAN

Di căn não là loại u não thường gặp nhất, chiếm hơn 50% các khối u nội sọ và đang có xu hướng gia tăng do tuổi thọ bệnh nhân ung thư ngày càng kéo dài. Ung thư phổi là nguồn gốc phổ biến nhất, tiếp theo là ung thư vú, hắc tố, thận và đại tràng. MRI là phương pháp giúp phân biệt di căn với các tổn thương nội sọ khác nhờ đặc điểm ngấm thuốc, phù não và phân bố tổn thương đặc trưng [1]. Tuy nhiên việc chẩn đoán phân biệt giữa di căn não đơn độc và các tổn thương não khác như viêm não hay u thần kinh đệm... còn nhiều thách thức do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh MRI thông thường tương đồng. Các kỹ thuật sử dụng các chuỗi xung nâng cao như DWI, MRS, MRP cho thấy tiềm năng vượt trội trong chẩn đoán phân biệt nhờ khả năng đánh giá vi cấu trúc mô, tưới máu vi mạch và đặc điểm phân tử [2, 3].

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 42 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, hút thuốc lá 10 bao.năm, đến khám tháng 2/2025 vì đau đầu, hoa mắt, chóng mặt. Chụp cộng hưởng từ não phát hiện tổn thương vỏ não phía sau hồi trán giữa trái, nghi ngờ u thần kinh đệm độ thấp, được chỉ định thêm cộng hưởng từ phổ và cộng hưởng từ tưới máu não nhưng không ghi nhận đặc điểm gợi ý u. Bệnh nhân

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình

³Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Lộc

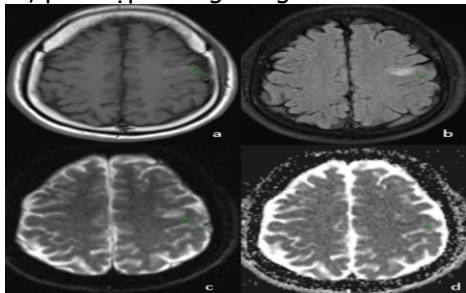
Email: tranquangloc8396@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2025

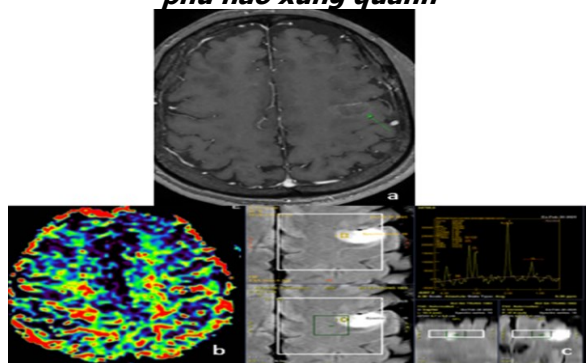
Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025

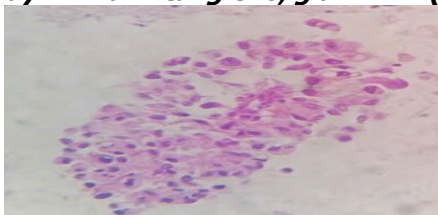
được điều trị triệu chứng bằng levetiracetam và hẹn tái khám sau 3 tháng. Tháng 5/2025, bệnh nhân tái khám được chỉ định sinh thiết tổn thương não, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến nhú di căn não. Sau đó, bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, phát hiện khối u phổi trái kèm hạch trung thất, tổn thương xương sườn IX trái và tràn dịch màng phổi. Sinh thiết phổi xác định ung thư biểu mô hoại tử, phù hợp với nguồn gốc di căn lên não.



Hình 1: Hình ảnh cộng hưởng từ vỏ não phía sau hồi trán giữa trái, sát hồi trước trung tâm có ổ giảm tín hiệu trên T1(a) tăng tín hiệu trên T2(b), hạn chế khuếch tán ít (c,d) kích thước ~19x9mm, không phù não xung quanh



Hình 2: Hình ảnh cộng hưởng từ vỏ não phía sau hồi trán giữa trái, sát hồi trước trung tâm có ổ ngấm thuốc dạng dải mảnh xu hướng ngoại vi sau tiêm kích thước ~19x9mm, không phù não xung quanh (a). Trên Perfusion: không rõ tăng sinh mạch trên CBV, CBF (b). Trên spectroscopy: không thấy hình ảnh tăng Cho, giảm NAA (c)



Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh các mảnh tế bào hình trụ nhan lớn ưa kiềm, bào

tương khá rộng ưa toan, nhiều dị nhân, rải rác các ổ canxi hoá



Hình 4: Hình ảnh cắt lớp vi tính thùy trên và dưới phổi trái, nằm sát thành ngực sau và màng phổi trung thất có khối lớn kích thước 60x60mm, tỷ trọng tổ chức, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm, bờ tổn thương không đều, ôm quanh nhánh phế quản thùy dưới, xâm lấn lá tạng màng phổi trái

III. BÀN LUẬN

Cơ quan di căn phổ biến nhất của ung thư phổi nguyên phát là não và có ảnh hưởng xấu đến khả năng sống thêm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [4, 5]. Đa số các trường hợp có di căn não sẽ có biểu hiện hình ảnh dưới dạng tổn thương đa ổ, số ca di căn đa ổ trong một nghiên cứu của tác giả Guangyu Wang tại bệnh viện tỉnh Sơn đông chiếm khoảng 78,8%. Trong khi đó, chỉ có 21,2% số trường hợp nghiên cứu (chiếm 71/335 bệnh nhân) có tổn thương di căn não đơn độc [6]. Khi tổn thương não đơn độc sẽ là thách thức cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là khi các dấu hiệu hình ảnh không điển hình và các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng.

Đặc điểm hình ảnh di căn não thường là các khối u nằm ở vị trí ranh giới chất trắng chất xám. Trên chuỗi xung T1W, các tổn thương này đồng tín hiệu và có tín hiệu thay đổi trên T2W. Phù nhu mô não dạng phù vận mạch thường gặp trong các trường hợp di căn não [7]. Các khối u di căn sẽ ngấm thuốc sau tiêm và thường ngấm thuốc ở ngoại vi dạng viền. Đó là những trường hợp di căn điển hình. Các ổ di căn não không ngấm thuốc rất hiếm được báo cáo và chưa được hiểu rõ, thông thường các tổn thương di căn đến hệ thần kinh trung ương biểu hiện ngấm thuốc mạnh sau tiêm thuốc đối quang từ và được quan sát trên chuỗi xung T1W trước và sau tiêm [8, 9]. Tuy nhiên, ở trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân là nam, trẻ tuổi (42 tuổi), vào viện với các triệu chứng thần kinh (đau đầu, hoa mắt chóng mặt), vì vậy bệnh nhân chỉ được chỉ định chụp MRI sọ não mà không làm thêm bất cứ chẩn đoán sàng lọc nào khác tại thời điểm thăm khám lâm sàng đầu tiên.

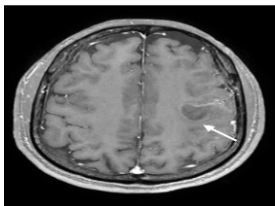
Với lần chụp MRI đầu tiên, các dấu hiệu hình

ảnh không điển hình của một tổn thương não do di căn với các đặc điểm như: hạn chế khuếch tán ở ngoại vi trên chuỗi xung DWI/ADC, không phù não và sau tiêm tổn thương không ngấm thuốc dạng nốt mà ngấm thuốc dạng dải. Các đặc điểm này trái ngược hoàn toàn với các đặc điểm hình ảnh di căn não ở phần trước đã mô tả. Trong trường hợp này tổn thương định hướng đến một tổn thương do viêm não nhiều hơn là u não.

Kết hợp với lâm sàng ở bệnh nhân trung niên và không có các triệu chứng lâm sàng ở cơ quan khác nên bệnh nhân đã được chụp thêm MRI spectrography và perfusion. Kết quả cho thấy không tăng sinh mạch trên CBV, CBF và không thấy hình ảnh tăng Cho, giảm NAA. Kết luận cho thấy tổn thương không gợi ý tổn thương u. Vì vậy bệnh nhân đã được điều trị nội khoa bằng levetiracetam do không tìm được nguyên nhân cụ thể và hẹn tái khám lại sau 3 tháng.

Theo một nghiên cứu về hình ảnh tổn thương viêm não của J Granerod Các tổn thương viêm não do virus HSV đều có những thay đổi ở thùy trán trên MRI ở chuỗi xung T2W và FLAIR [10]. Các tổn thương não do viêm não – màng não cũng thường có đặc điểm hình ảnh là dày màng não và tăng ngấm thuốc màng não. Tuy nhiên các tổn thương não do viêm bởi HSV thường xuất hiện ở cả hai bên bán cầu và thường đối xứng. Ở trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân chỉ có tổn thương đơn độc ở thùy trán trái, do vậy rất khó để nhận định đây là một tổn thương não do viêm hay là tổn thương u.

Sau 3 tháng, bệnh nhân được chụp lại MRI sọ não. Lần này, tổn thương đã thay đổi hình thái ngấm thuốc và trở nên rõ ràng hơn với hình ảnh ngấm thuốc viền sau tiêm. Tuy nhiên tổn thương không tạo hiệu ứng khối rõ rệt và hình thái ngấm thuốc vẫn chưa điển hình.



Hình 5: Tổn thương sau điều trị 3 tháng, không giảm, ngấm thuốc viền (mũi tên trắng), tuy nhiên không có hiệu ứng khối rõ rệt

Như vậy có thể thấy ngay cả trong lần đầu tiên thăm khám hay sau điều trị, hình thái tổn thương vẫn không điển hình là một tổn thương di căn não. Các tổn thương không tạo hiệu ứng khối và không phù não rộng. Bệnh nhân được tầm soát toàn thân, chụp CT lồng ngực và phát hiện tổn thương đông đặc đỉnh phổi trái. Kết quả

sinh thiết tổn thương não cho thấy đây là tổn thương ung thư biểu thư mô tuyến di căn. Kết hợp với sinh thiết phổi cho thấy tổn thương phổi chính là tổn thương nguyên phát và phù hợp với tổn thương di căn ở não.

IV. KẾT LUẬN

Tổn thương di căn não là tổn thương thường gặp ở một số loại ung thư như phổi, vú. Trong một số trường hợp có thể có các đặc điểm không điển hình ngay cả trên cộng hưởng từ với các chuỗi xung cơ bản và nâng cao. Vì vậy khi có tổn thương ở não, nên kết hợp các thăm khám đa cơ quan tránh bỏ sót tổn thương nguyên phát ngay cả khi tổn thương ở não không điển hình cho một khối u di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alex W Brenner và Akash J Patel (2022), "Review of current principles of the diagnosis and management of brain metastases", *Frontiers in Oncology*, 12, tr. 857622.
2. Stephen F Kralik, Aaron P Kamer và Chang Y Ho (2015), "Diagnostic imaging of intracranial metastasis", *Current Problems in Cancer*, 39(2), tr. 99-112.
3. Yifei Su, Rui Cheng, Jinxia Guo và các cộng sự. (2024), "Differentiation of glioma and solitary brain metastasis: a multi-parameter magnetic resonance imaging study using histogram analysis", *BMC cancer*, 24(1), tr. 805.
4. Dan Zhu, Yongjia Shao, Zhangwei Yang và các cộng sự. (2023), "Magnetic resonance imaging characteristics of brain metastases in small cell lung cancer", *Cancer Medicine*, 12(14), tr. 15199-15206.
5. Dennis Machaku, Happiness Rabiell, Goodluck Ndibalema và các cộng sự. (2023), "A case report of atypical presentation of a solitary brain metastasis from a primary lung cancer in a low resource setting", *International Journal of Surgery Case Reports*, 111, tr. 108804.
6. Guangyu Wang, Jiying Xu, Yana Qi và các cộng sự. (2019), "Distribution of brain metastasis from lung cancer", *Cancer Management and Research*, tr. 9331-9338.
7. Whitney B Pope (2018), "Brain metastases: neuroimaging", *Handbook of clinical neurology*, 149, tr. 89-112.
8. Sanjay K Singh, Norman E Leeds và Lawrence E Ginsberg (2002), "MR imaging of leptomeningeal metastases: comparison of three sequences", *American Journal of Neuroradiology*, 23(5), tr. 817-821.
9. Sanjay K Singh, Jacob M Agris, Norman E Leeds và các cộng sự. (2000), "Intracranial leptomeningeal metastases: comparison of depiction at FLAIR and contrast-enhanced MR imaging", *Radiology*, 217(1), tr. 50-53.
10. J Granerod, NWS Davies, W Mukonoweshuro và các cộng sự. (2016), "Neuroimaging in encephalitis: analysis of imaging findings and interobserver agreement", *Clinical radiology*, 71(10), tr. 1050-1058.