



CASE REPORT: U TRUNG THẮT

Bs Lê Thị Thanh Thảo

Khoa Siêu Âm – Medic Hồ Chí Minh



BỆNH SỬ

- Bệnh nhân nữ, 30t. Nghề nghiệp: Giáo viên
- Lý do khám bệnh: nghẹn vùng cổ, đau thượng vị âm ỉ. Chỉ định: Xét nghiệm máu, Siêu âm bụng, cổ, Nội soi dạ dày, X quang ngực
- Tiền sử: trước đó 4 tháng bệnh nhân đi chích ngừa chó dại, sau đó hay nôn ói, mỏi gáy, ớn lạnh, khàn giọng.
 - Bệnh nhân có đi khám BVUB: SA cổ bình thường, nội soi TMH: viêm họng.
 - 1 tháng sau không đỡ nên khám Medic: Siêu âm bụng: Sỏi thận và U xơ tử cung, Nội soi vòm hầu thanh quản: bình thường, X quang Blondeau Hirtz: Viêm xoang sàng.
 - Các triệu chứng vẫn còn âm ỉ, kèm theo nghẹn vùng cổ, đau thượng vị âm ỉ, thỉnh thoảng cảm thấy khó thở nhiều nên tái khám lại.



XÉT NGHIỆM MÁU

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	10.16	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	77.8	(40 - 74 %)	
% Lym	15.4	(19 - 48 %)	
% Mono	5.3	(3 - 9 %)	
% Eos	1.1	(0 - 7 %)	
% Baso	0.1	(0 - 1.5 %)	
# Neu	7.91 H	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	1.56	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.54	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.11	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.04	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.59	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	13.8	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	42.4	(35 - 52 %)	
MCV	92.4	(80 - 100 fL)	
MCH	30.1	(26 - 32 pg)	
MCHC	32.5	(32 - 36 g/dL)	
RDW	12.8	(11.0 - 15.7%)	
PLT	239	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	9.6	(6.30 - 12.0 fL)	

II. VI SINH/NUỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
URINARY ANALYSIS:			
1)Chemistry (Sinh Hóa) :			
Glucose	Âm tính	(mmol/L)	
Ketone	Âm tính	(<0.5 mmol/L)	
Bilirubin	Âm tính	(µmol/L)	
Urobilinogen	Âm tính	(µmol/L)	
Color	Vàng nhạt		
Clarity	Trong		
Spe-Gravity	1.002 L	(1.005-1.030)	
pH	7.5	(4.6-8.0)	
Albumin	Âm tính	(mg/L)	
Protein	Âm tính	(g/L)	
Alb/Creat ratio-ACR (bán định lượng)	Bình thường	(Bình thường < 30 mg/gCr)	
Pro/Creat ratio-PCR (bán định lượng)	Bình thường	(Bình thường < 150 mg/gCr)	
Blood	Âm tính	(Âm tính)	
Leucocytes	Âm tính	(Âm tính)	
Nitrite	Âm tính	(Âm tính)	
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):			
Red Blood Cells	0	(0 - 15)	
Leucocytes	0	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)	
Uric acid	0	(0 - 6)	

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

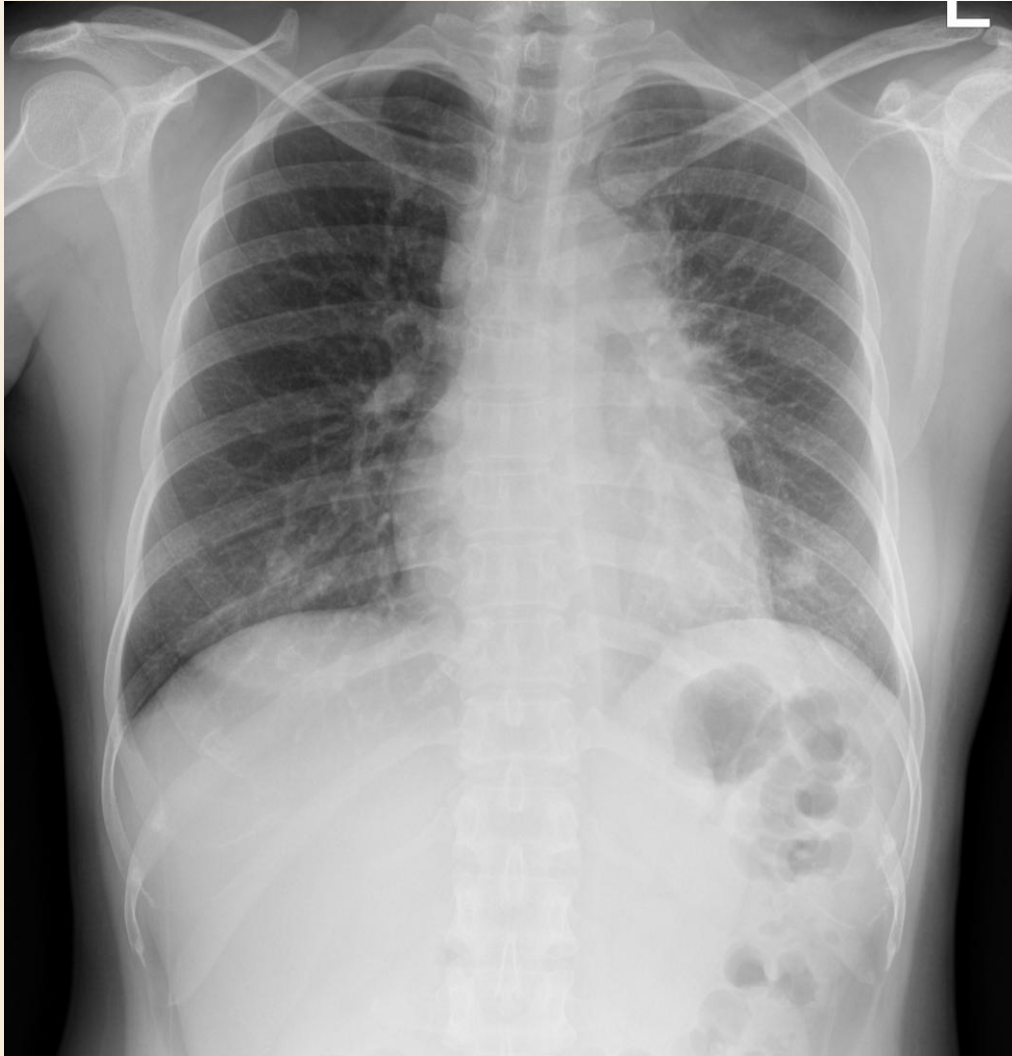
Số tra



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Casts	0	(0 - 6)	
Epithelial Cells	0	(0 - 10)	
Bacteria	0	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)¹:	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	37.81	(20 - 38.80 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	5.61	(4.0 - 5.70 %A1c)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	5.41	(3.90 - 5.60 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	97.38	(70.2 - 100.8 mg/dL)	
Amylase/Blood ²	47.11	(35-115 U/L)	QTSH061
Uric Acid/Serum¹	4.33	(Nam: 3.4 - 7.0; Nữ: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	1.82	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Urea/ Serum¹	20.72	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.590	(Nam: 0.6 - 1.3; Nữ:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	124	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
LDL Cholesterol ²	3.07	(<2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L) (Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	QTSH093
Triglycerides ¹	1.43	(<1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L) (Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	QTSH015
Cholesterol, Total¹	5.27	(<5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L) (Cao: ≥ 6.22)	QTSH003
GGT¹	41.50 H	(Nam < 55 U/L, Nữ < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST)¹	27.34	(< 35 U/L)	QTSH005

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
SGPT (ALT)¹	41.66 H	(< 30 U/L)
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY		
TSH u.sensitive (3rd G)¹	3.72	(0.32 -5 µIU/mL)
Free T4 ² (Roche)	1.62	(0.92 - 1.68 ng/dL)
HBsAg (Định tính, qualitative)¹	Âm tính S/CO 0.560	(Index <1; S/Co <1)
Anti HBs (Định lượng, quantitative) ²	248.2 H	(≥ 10 mUI/mL)
Anti HCV (Định tính, qualitative)¹	Âm tính S/CO 0.047	(S/Co < 1; Index < 1)

X QUANG NGỰC



GIỜ ĐK : 06:39 AM KQ : 07:34 AM

Chẩn đoán sơ bộ : **HC DẠ DÀY TÁ TRÀNG**

XQ Lồng Ngực Thẳng [In Giấy]

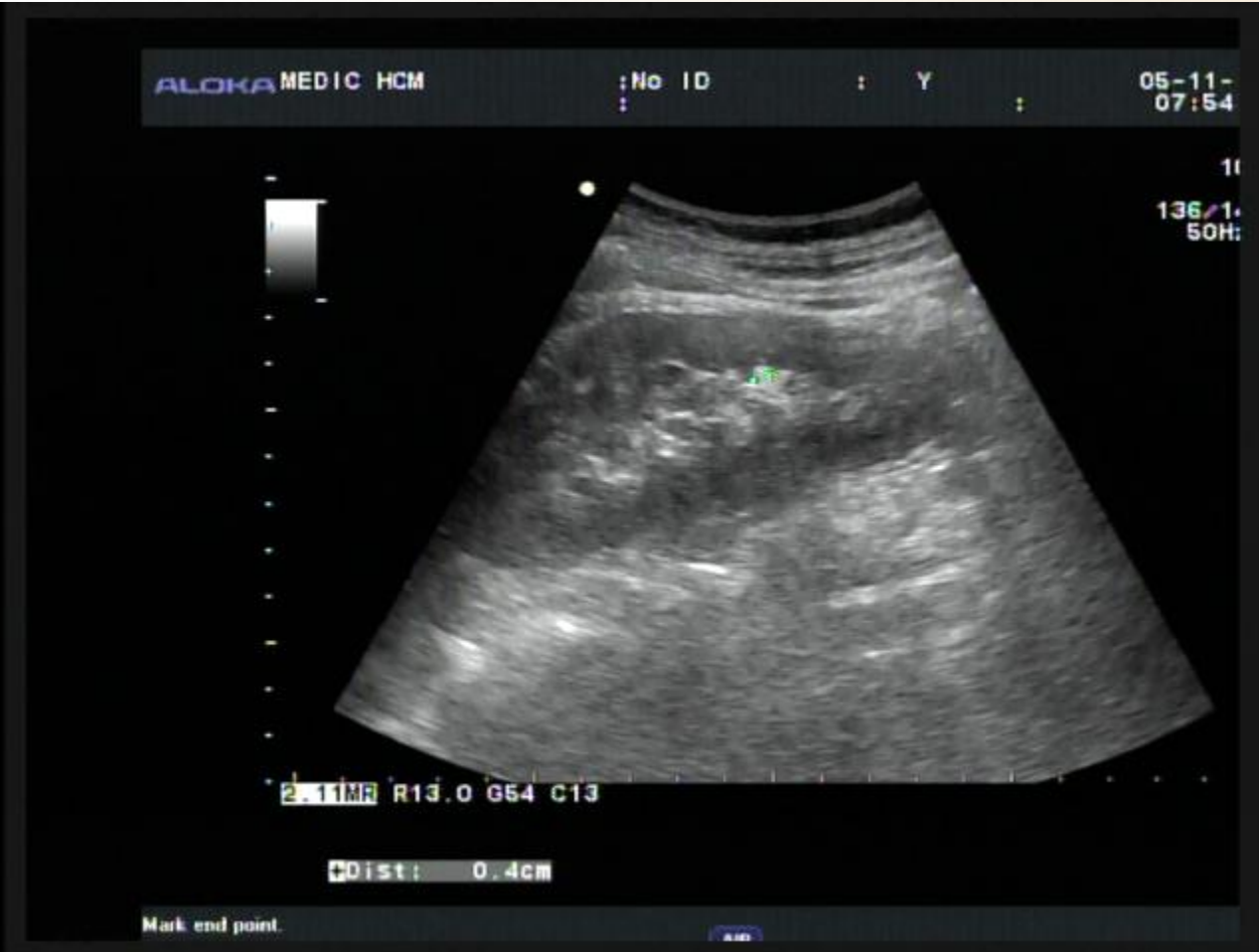
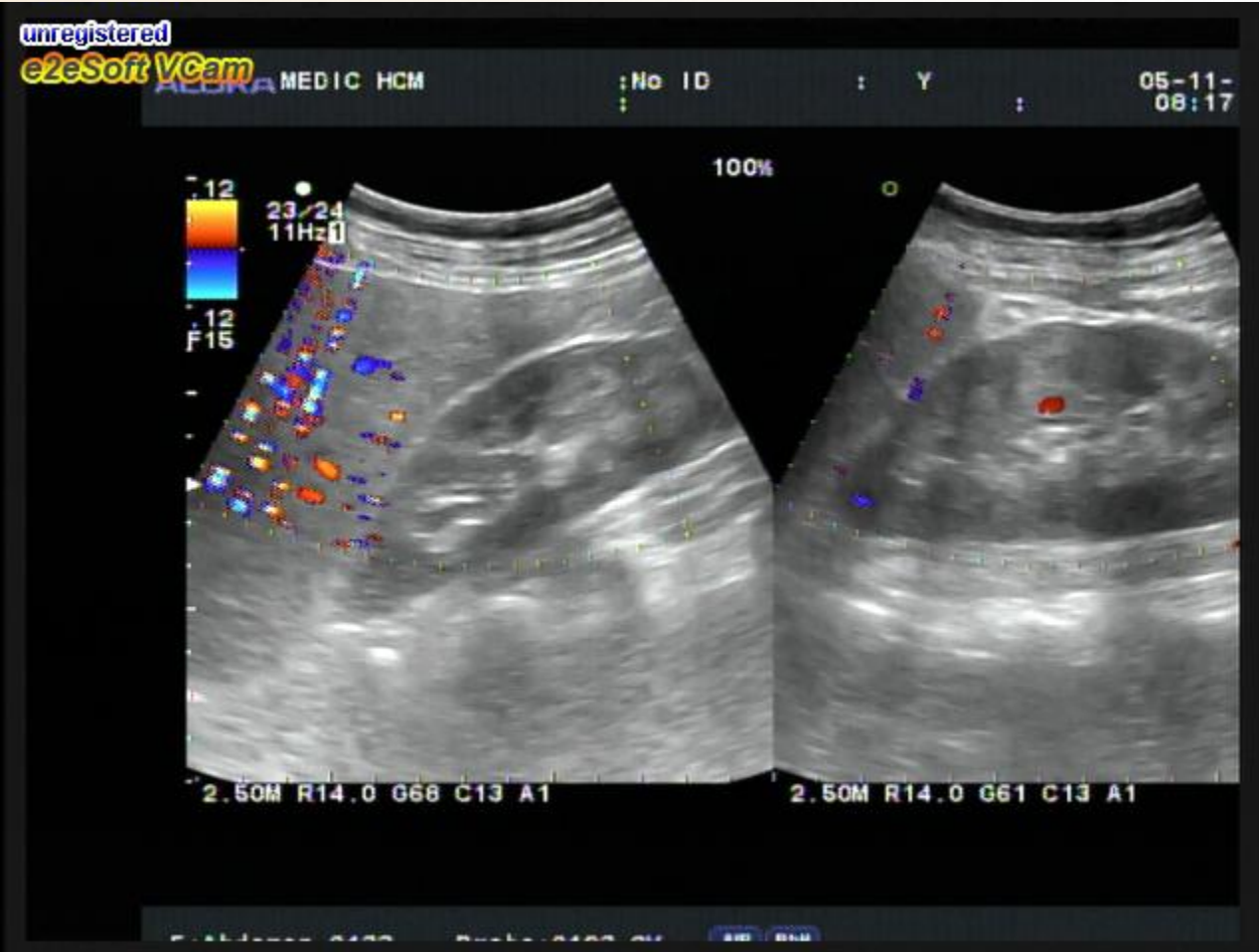
Thành ngực	:	Không có ảnh bất thường
Màng phổi	:	Không có ảnh bất thường
Trung thất	:	Không có ảnh bất thường
Tim	:	Không có ảnh bất thường
Động mạch chủ	:	Không có ảnh bất thường
Huyết phế quản	:	Không có ảnh bất thường
Phổi	:	đám mờ vùng rốn phổi bên trái
Cơ hoành	:	Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : **LAO PHỔI CẦN XÁC ĐỊNH HOẠT TÍNH . CĐPB : KHỐI TÂN SINH VÙNG RÓN PHỔI BÊN TRÁI**

Đề nghị : **so phim cũ, XN tìm BK, MSCT ngực**



SIÊU ÂM





unregistered
e2eSoft Vcam

MEDIC HCM :No ID : Y : 05-11-08:19

100%

173/174
26Hz

2.11MR R14.0 G61 C13 A1 2.11MR R14.0 G63 C13 A1

Dist: 0.9cm

Mark start point.

SID DLU

unregistered
e2eSoft Vcam

MEDIC HCM :No ID : Y : 05-11-08:14

100%

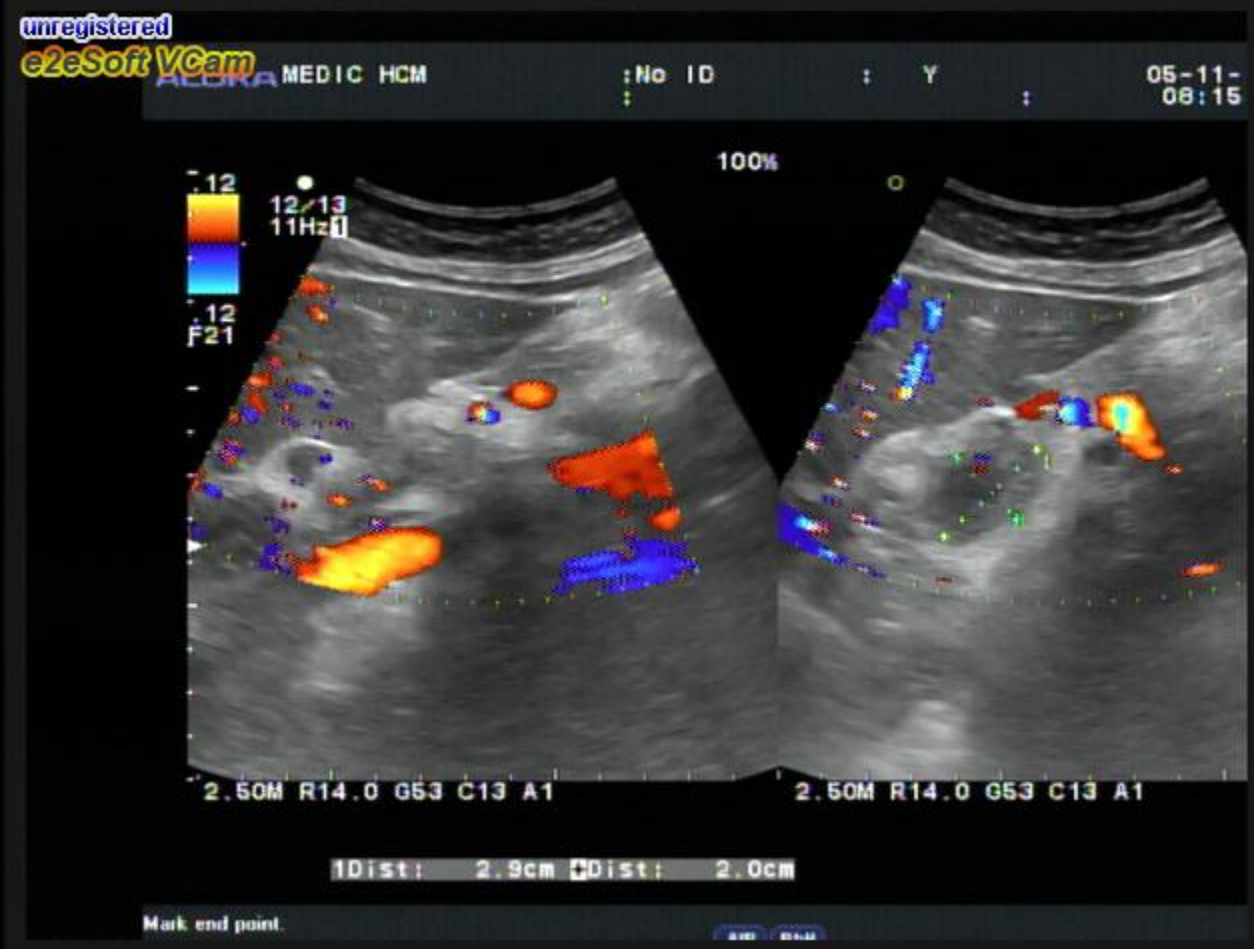
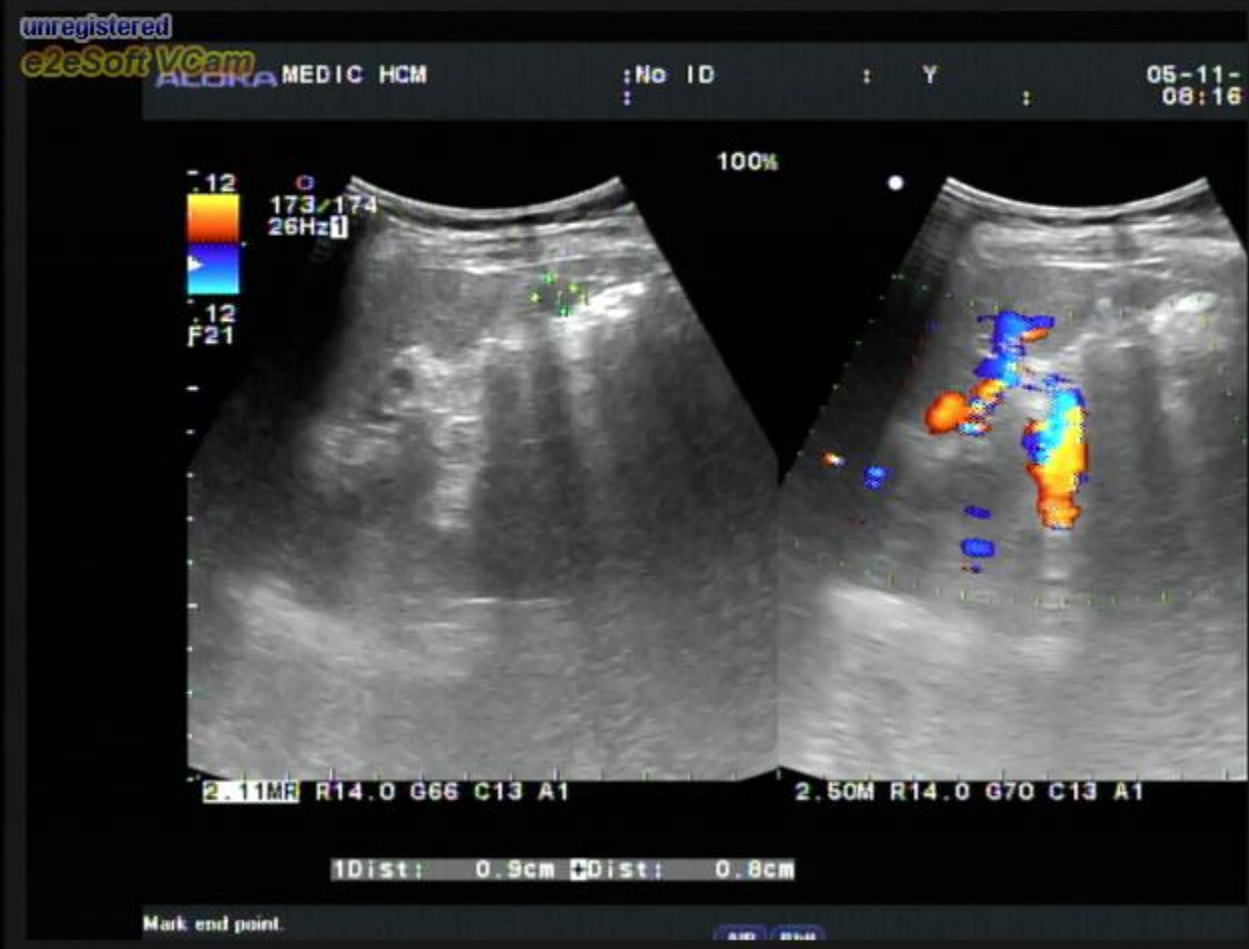
173/174
26Hz

2.11MR R14.0 G57 C13 A1 2.11MR R14.0 G53 C13 A1

Dist: 3.6cm 2Dist: 1.9cm Dist: 1.0cm

Mark end point.

SID DLU





ALOKA MEDIC HCM

:No ID

: Y

05-11-08:14

12
8/9
11Hz
12
F30

100%



2.50M R14.0 G57 C13 A1

2.50M R14.0 G50 C13 A1

unregistered

e2eSoft VCam

ALOKA MEDIC HCM

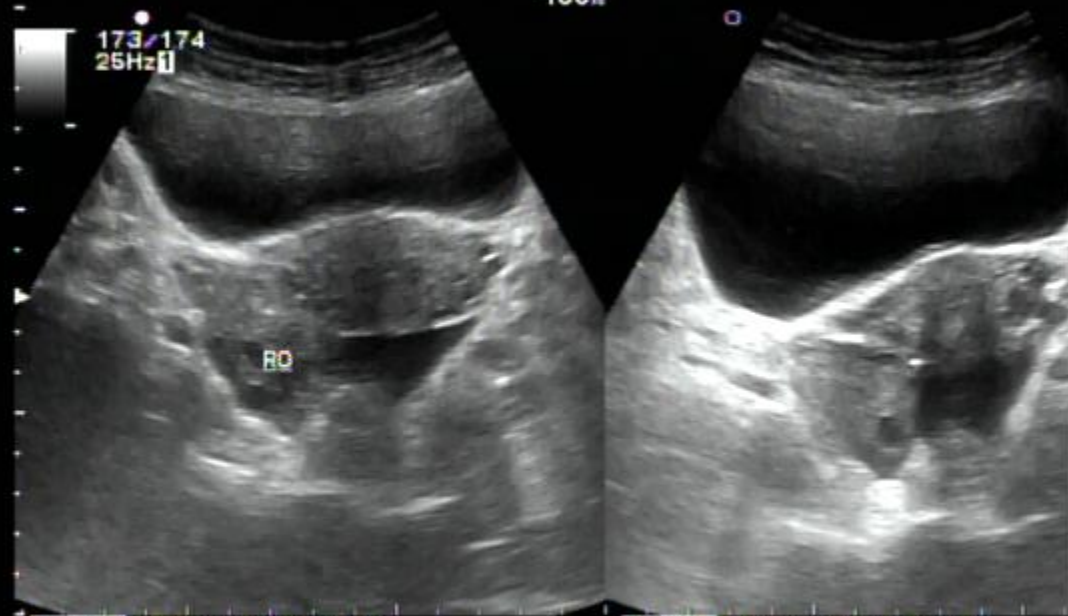
:No ID

: Y

05-11-08:10

173/174
25Hz

100%

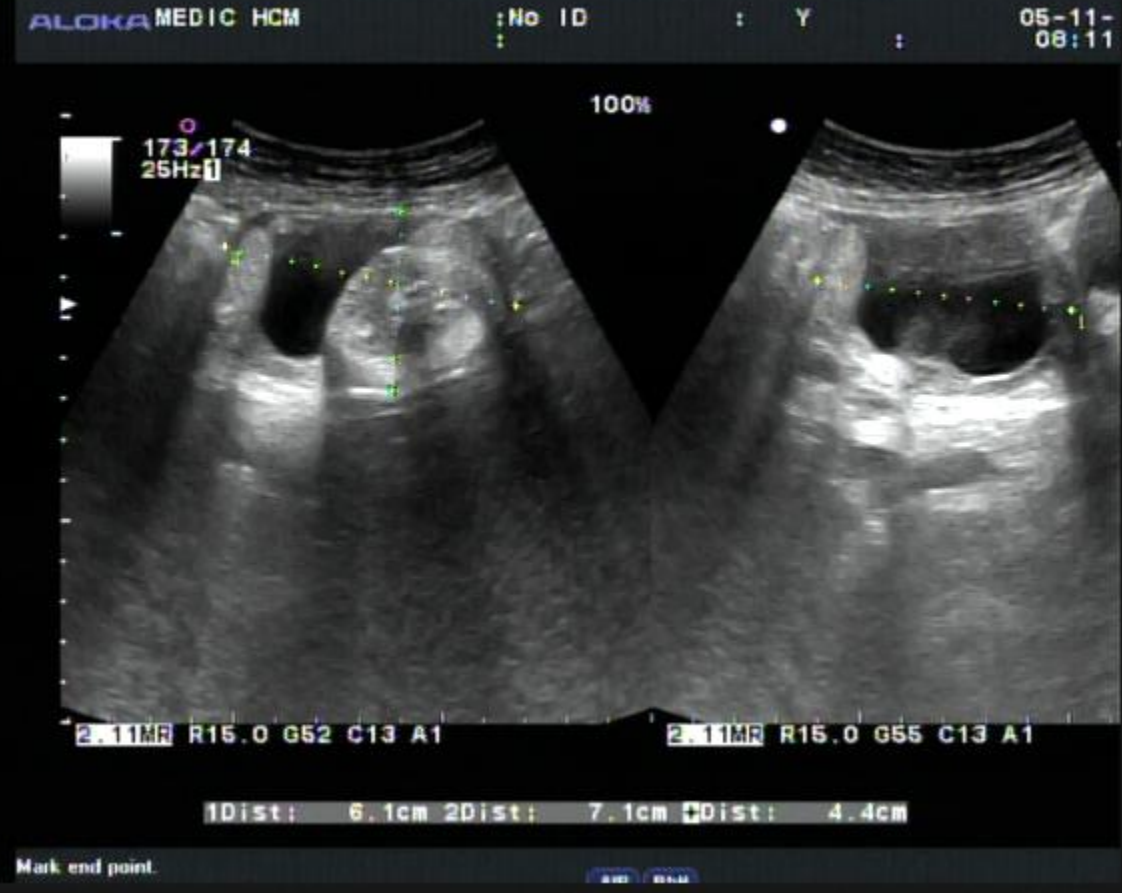
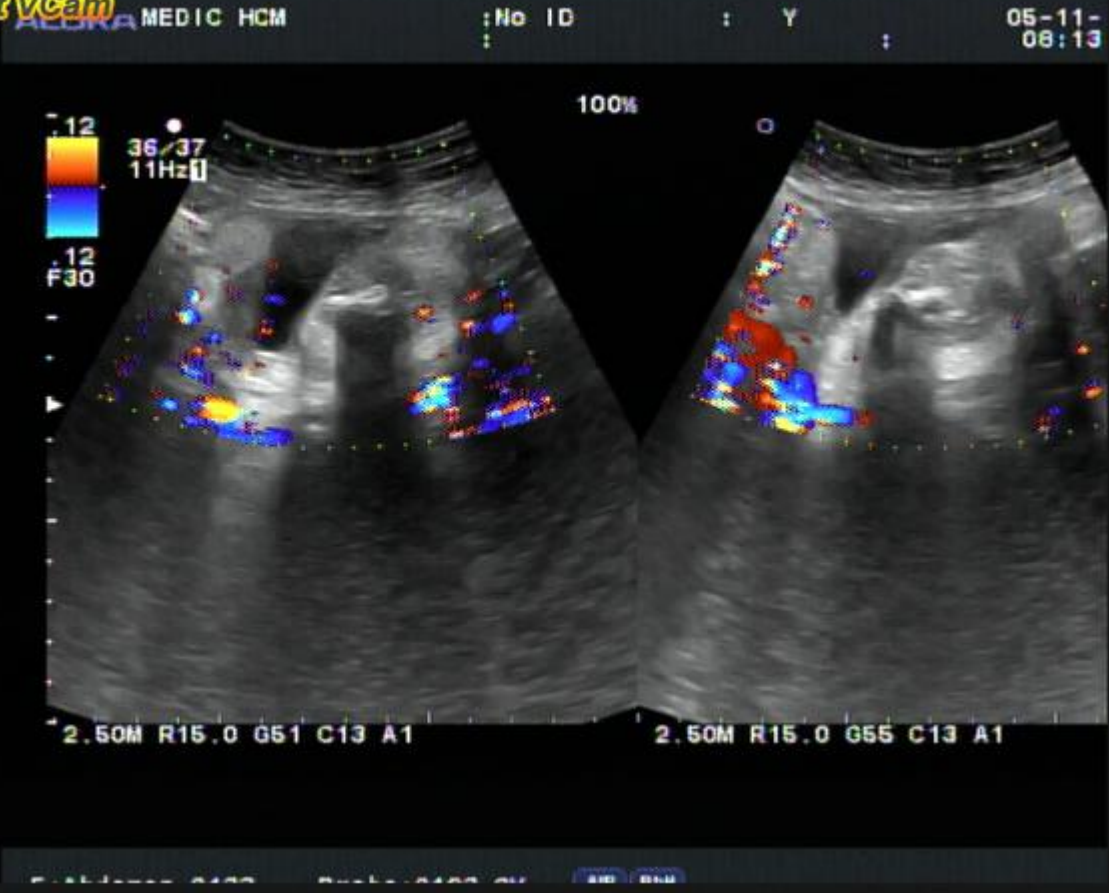


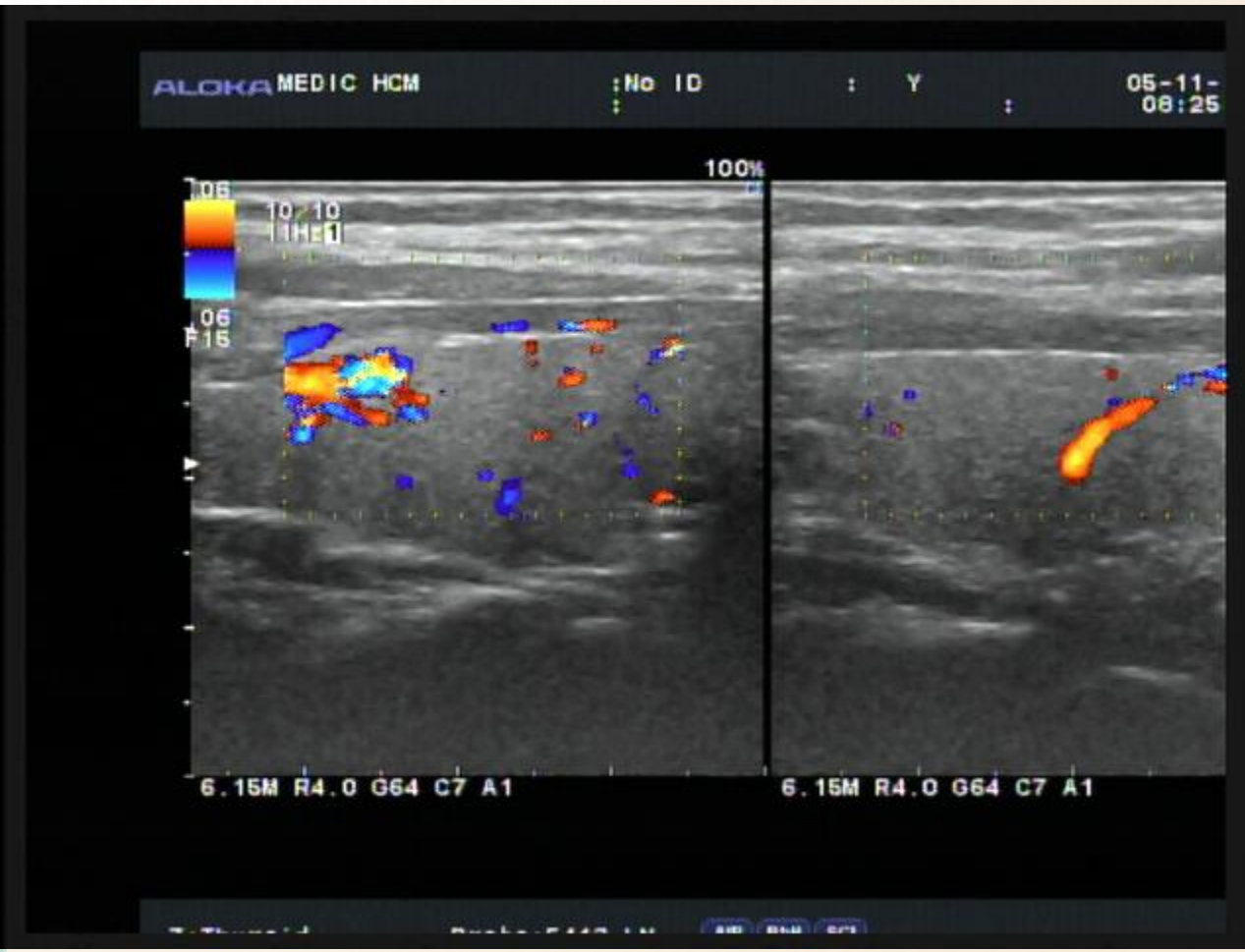
2.11MR R15.0 G49 C13 A1

2.11MR R15.0 G50 C13 A1



unregistered
e2eSoft VCam





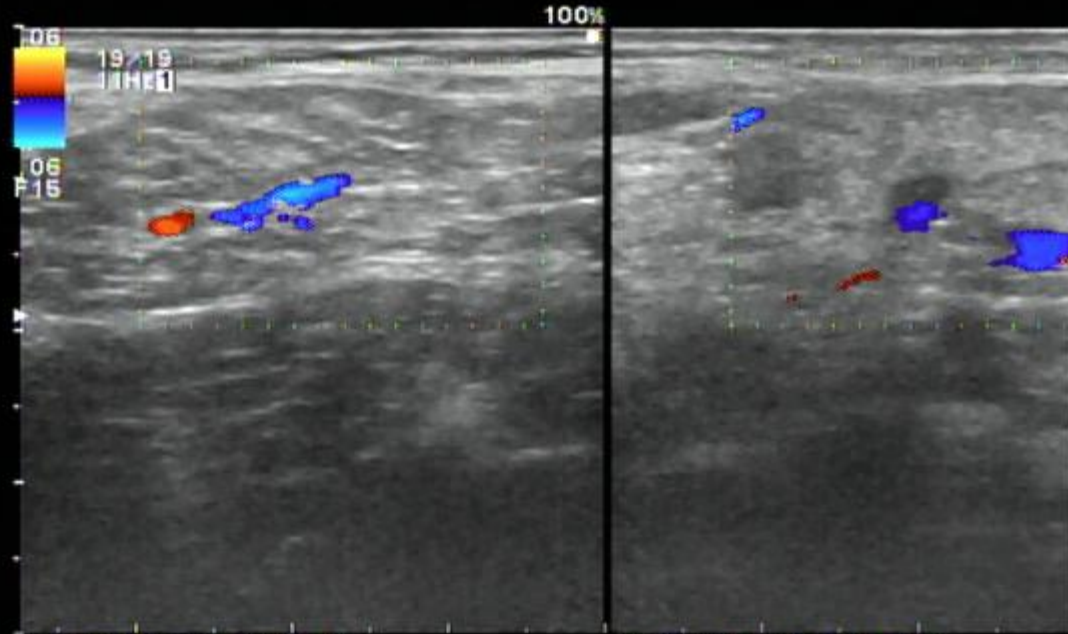


ALOKA MEDIC HCM

:No ID

: Y

05-11-08:25



6.15M R4.0 G61 C7 A1

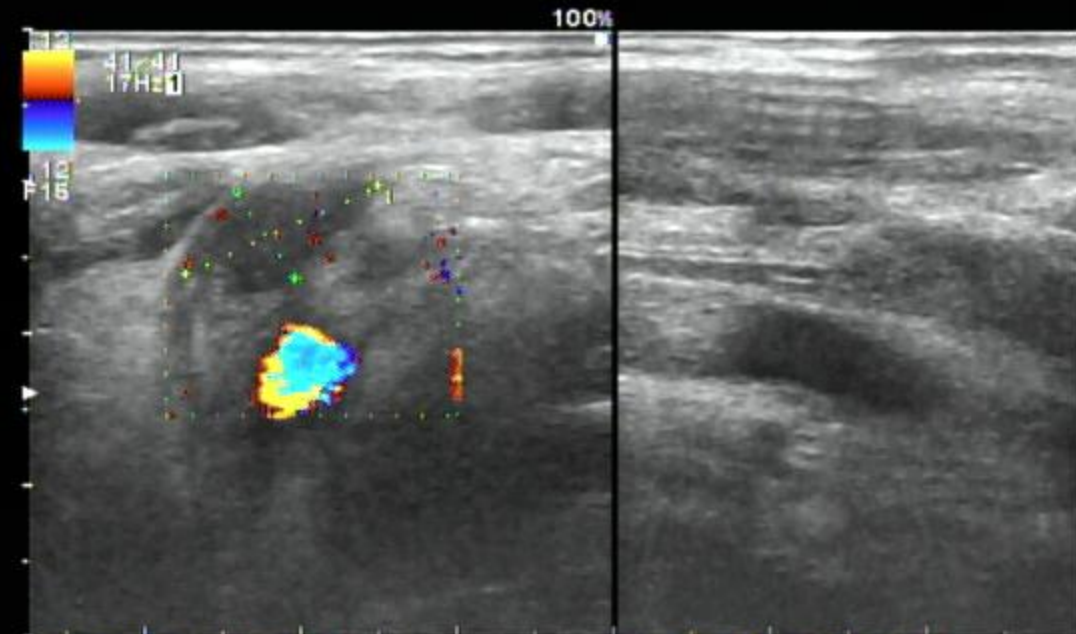
6.15M R4.0 G61 C7 A1

ALOKA MEDIC HCM

:No ID

: Y

05-11-08:00

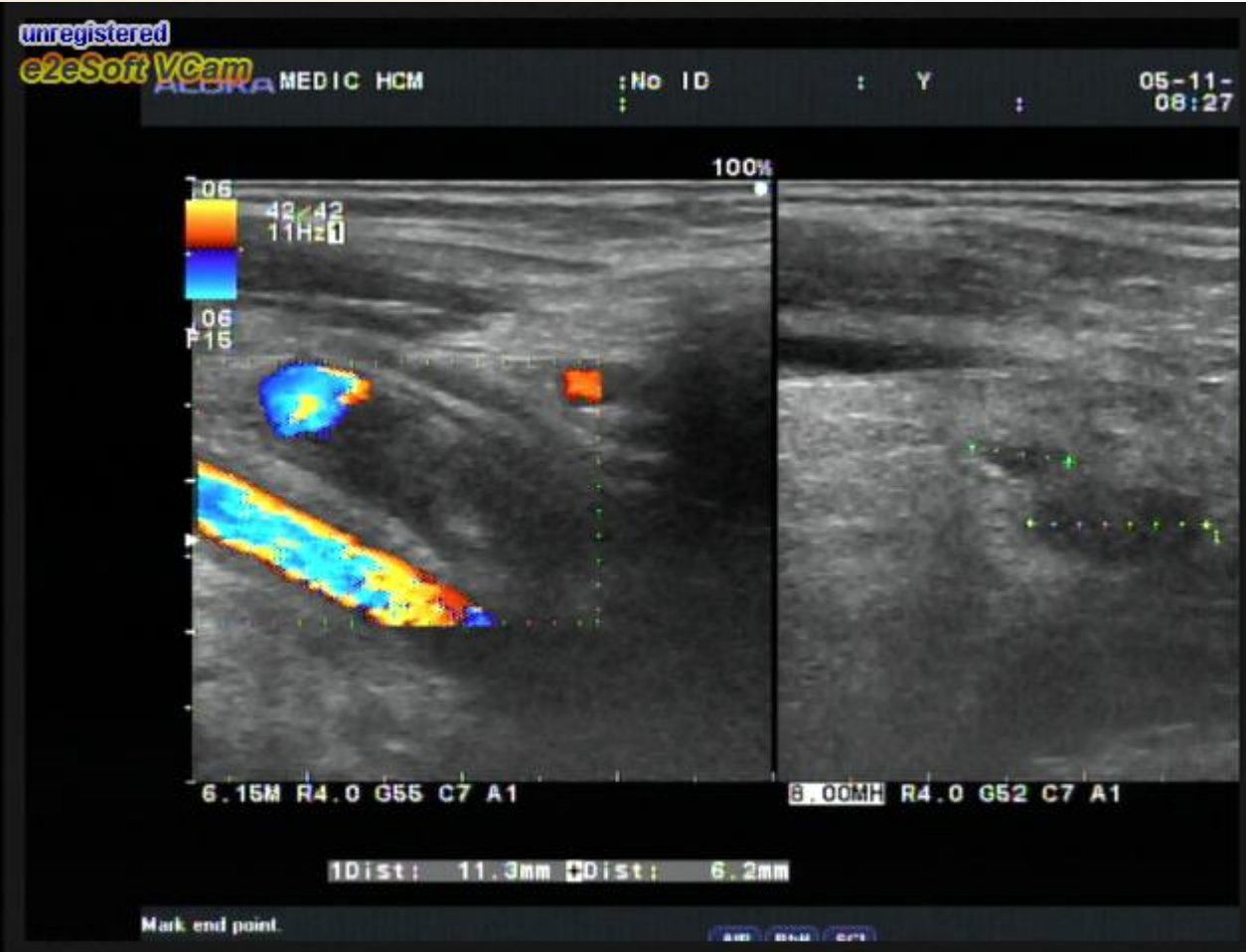


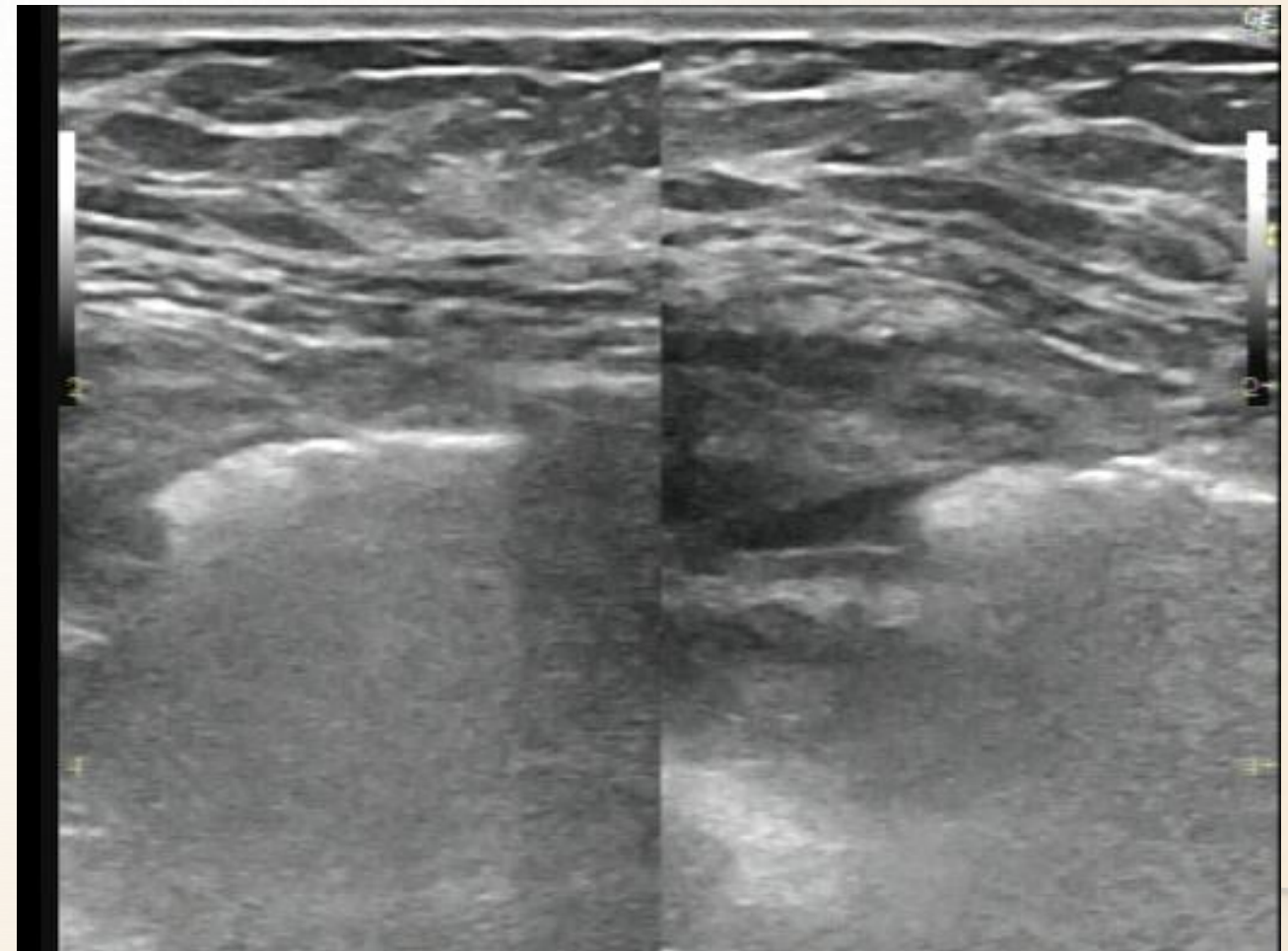
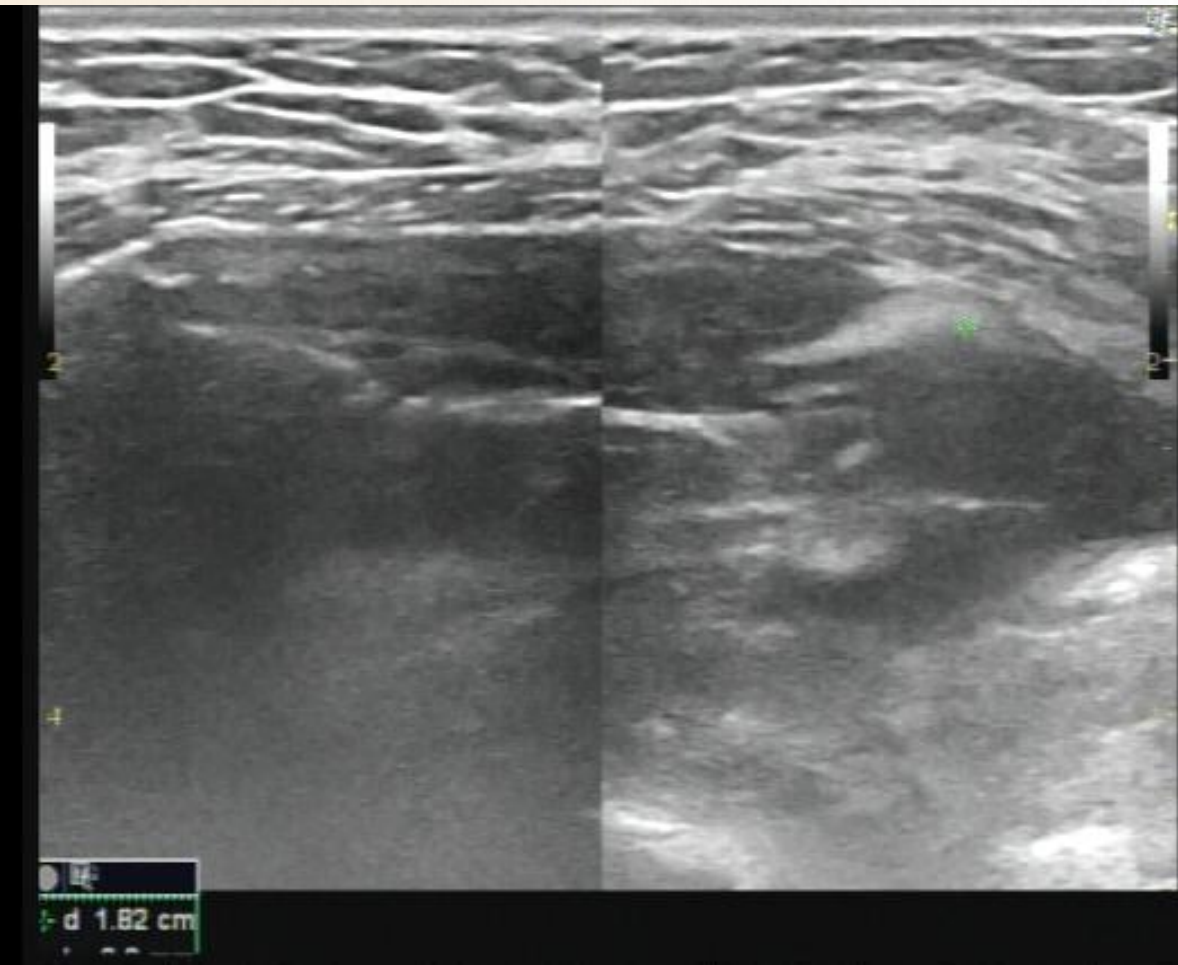
6.15M R4.0 G90 C7 A1

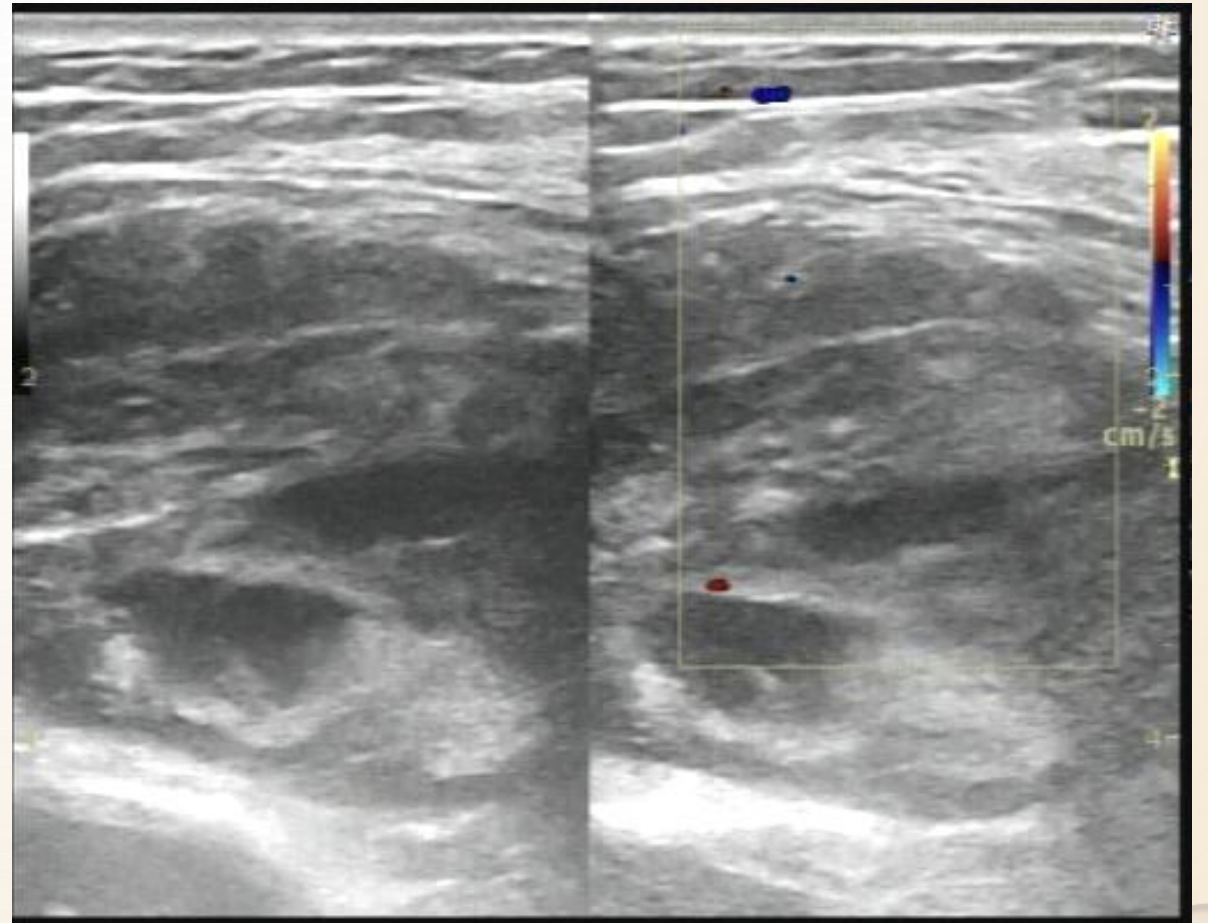
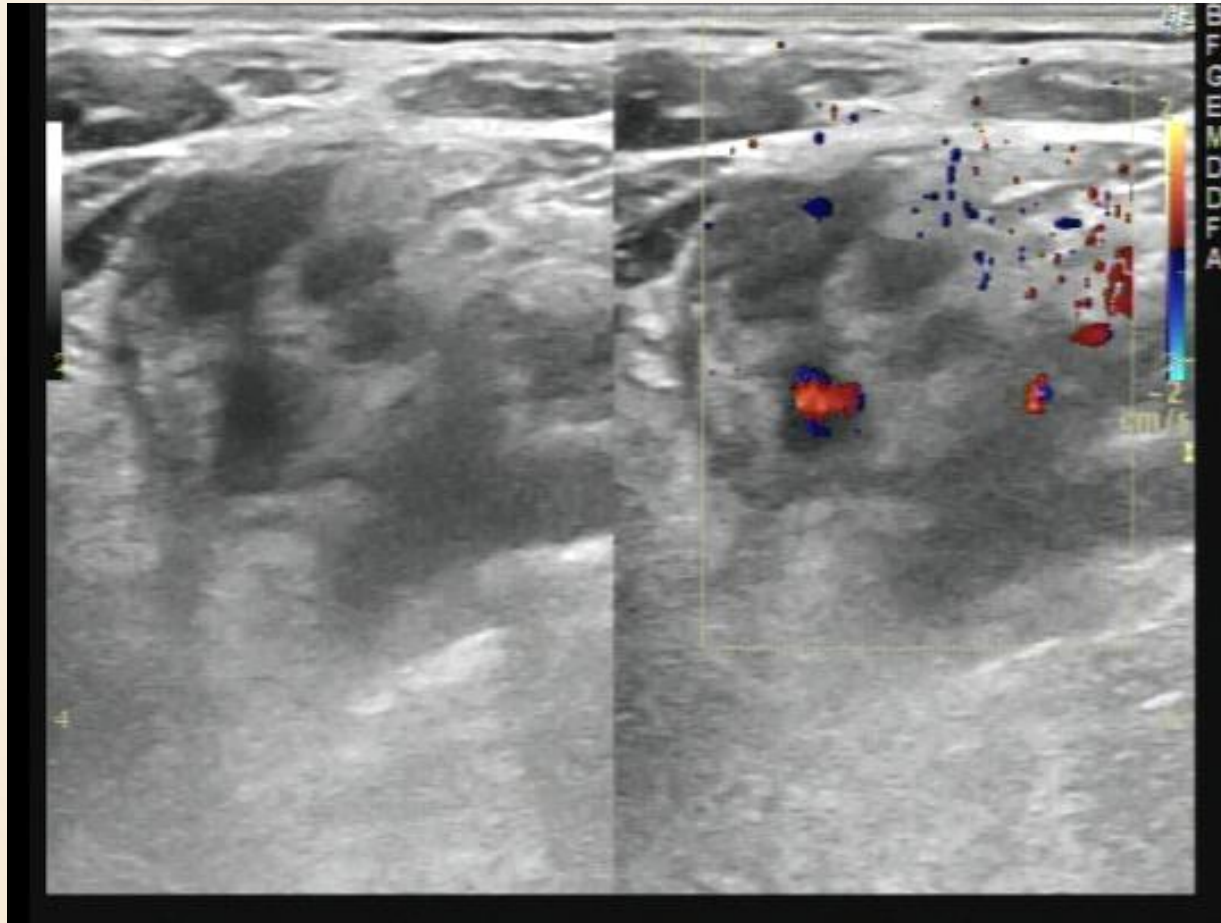
6.00M R4.0 G90 C7 A1

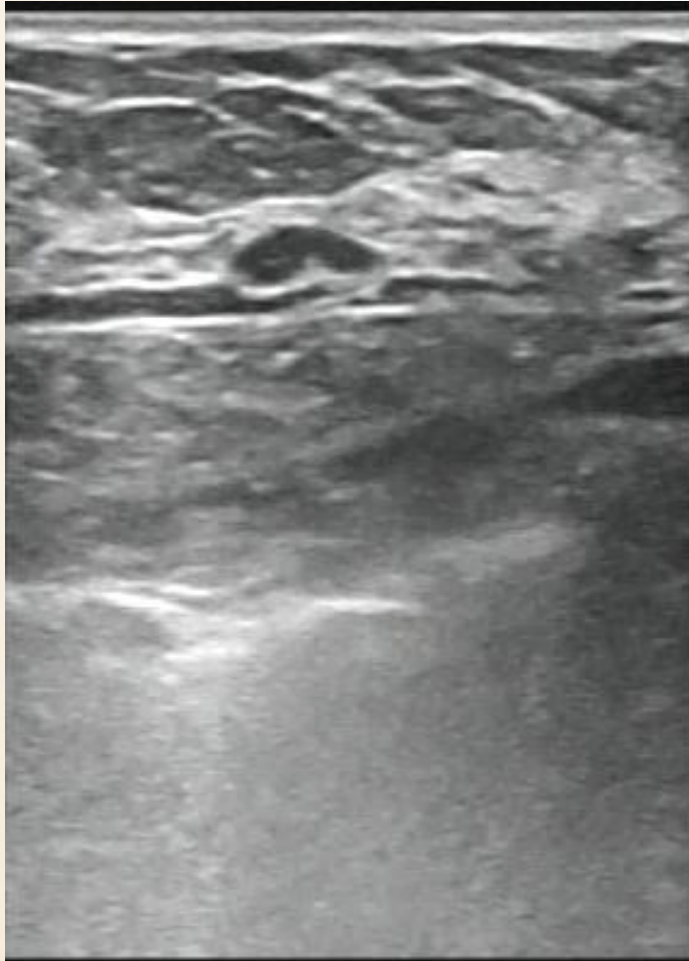
1Dist: 13.6mm 2Dist: 6.7mm

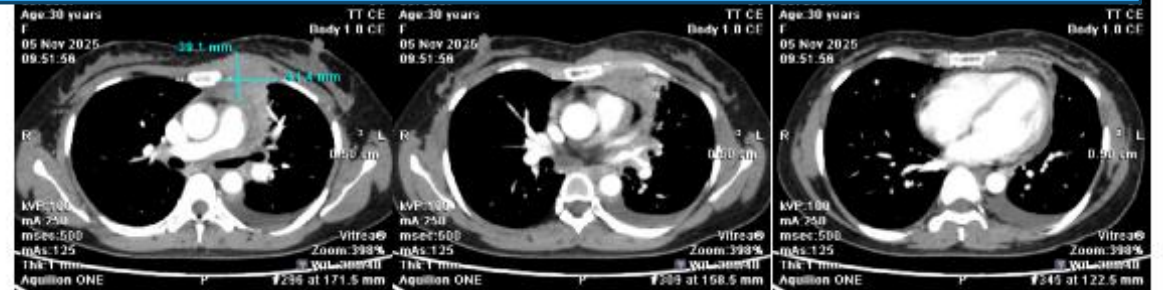
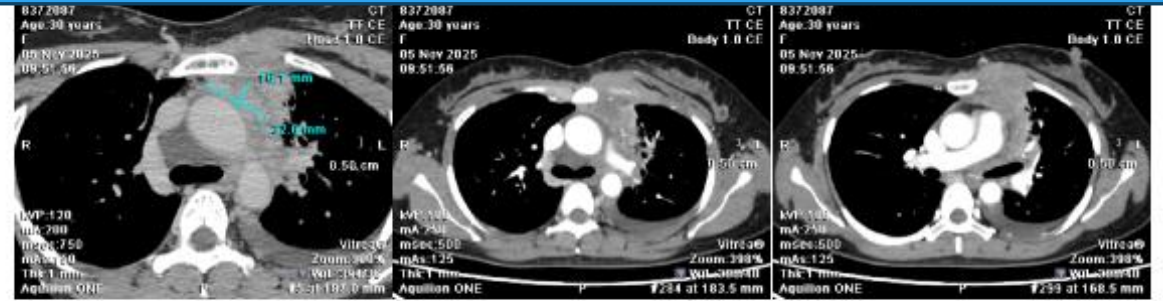
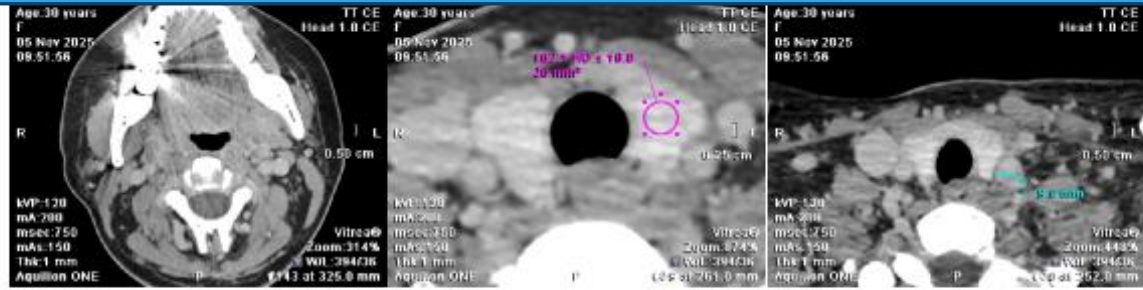
Mark end point.

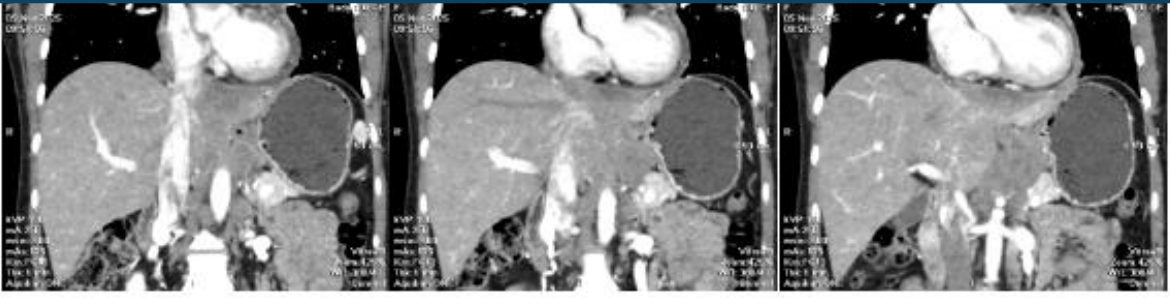














Chẩn đoán sơ bộ : HC DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Vùng : CT TOÀN THÂN

Máy : MSCT 640 _ 1

Tiêm chất tương phản

Kết quả : KẾT QUẢ: Kỹ Thuật (CTTT): Với kỹ thuật MSHCT với các lát hình 1mm, từ đỉnh đầu cho đến xương mu - tái tạo 3D, multiplanar. Chiều cao:150 cm; Cân nặng:50kg

VÙNG:

- 1) Não - Mát: Chưa thấy hình ảnh bất thường.
- 2) Tai mũi họng: Viêm xoang hàm, sàng hai bên. Vách ngăn mũi lệch sang T.
- 3) Cổ (tuyến giáp): Tuyến giáp đậm độ #162HU. Hạch cổ hai bên <10mm.
- 4) Ngực (phổi, trung thất, tuyến vú): Chưa thấy hình ảnh bất thường nhu mô phổi, cấu trúc mật độ mô trung thất trước trên bên T, xâm lấn thành ngực, màng phổi thùy trên bên T. Hạch trung thất 23x41mm. Tràn dịch màng phổi trái.
Không mass hay hình ảnh vôi hóa nhu mô tuyến vú hai bên. Không hạch nách hai bên.
- 5) Tim và động mạch chủ: Không thấy đóng vôi thành động mạch vành. Động mạch chủ không phình.
- 6) Bụng (gan - mật - tụy - lách - dạ dày - đường ruột): Cấu trúc đậm độ kém mật độ mô vùng quanh tâm vị - thượng vị #30x60mm, có thể chèn ép tâm vị (xin phối hợp nội soi).
- 7) Niệu (2 Thận - Niệu quản - Bọng đái) + vùng chậu: Khối choán chỗ vùng chậu bên T có mật độ mô, mỡ, vôi hóa bên trong #54x68mm -> nghi teratoma buồng trứng T.
- 8) Xương: Không thấy hình ảnh hủy xương bất thường trong vùng khảo sát. Đậm độ xương xốp thân sống L1 #291HU(normal range).

***** KẾT LUẬN:**

- Viêm xoang hàm, sàng hai bên. Vách ngăn mũi lệch sang T.
- Hạch cổ hai bên <10mm.
- Theo dõi u trung thất trước trên di căn thành ngực T, màng phổi thùy trên bên T. Hạch trung thất 23x41mm. CĐPB: Lymphoma.
Tràn dịch màng phổi trái.
- Theo dõi Hạch vùng quanh tâm vị - thượng vị #30x60mm, có thể chèn ép tâm vị (xin phối hợp nội soi).
- Teratoma buồng trứng T #54x68mm.
- Đậm độ xương xốp thân sống L1 #291HU(normal range).

Định lượng CA 15 - 3 (Cancer Antigen 15-3) [Máu]	4.8	<<31.4	U/mL
--	-----	--------	------

Định lượng bhCG (Beta human Chorionic Gonadotropins) [Máu]	<1.20	<<5	U/L
--	-------	-----	-----

XN MIỄN DỊCH

Định lượng HE4 [Máu]	54.1	≤70	pmol/L
----------------------	------	-----	--------

XN MIỄN DỊCH

Định lượng Cyfra 21-1 [Máu]	0.85	≤2.37	ng/mL
-----------------------------	------	-------	-------

Định lượng CA 72 - 4 (Cancer Antigen 72-4) [Máu]	0.7	≤6.9	U/mL
--	-----	------	------

Định lượng AFP (Alpha Fetoproteine) [Máu]	1.80	0 - 9	ng/mL
---	------	-------	-------

Định lượng CEA (Carcino Embryonic Antigen) [Máu]	0.50	<<3.0	ng/ml
--	------	-------	-------

XN SINH HÓA MÁU

Đo hoạt độ LDH (Lactat dehydrogenase) [Máu]	207	<<247	U/L
---	-----	-------	-----

Định lượng Beta 2 Microglobulin	1260	970 - 2640	μg/L
---------------------------------	------	------------	------

- SA nách, bẹn: âm
- NS TMH: viêm họng
- NS TQ-DD: viêm sung huyết hang vị mức độ nhẹ

XN MIỄN DỊCH

Định lượng NSE (Neuron Specific Enolase) [Máu]	23.8	≤16.3	ng/mL
--	------	-------	-------

Định lượng CA 19 - 9 (Carbohydrate Antigen 19-9) [Máu]	366.6	<<35	U/mL
--	-------	------	------

Định lượng CA ¹²⁵ (cancer antigen 125) [Máu]	327.99	0 - 35	U/mL
PreM ROMA	10.53	<7.4	%
PostM ROMA	57.47	<23.5	%

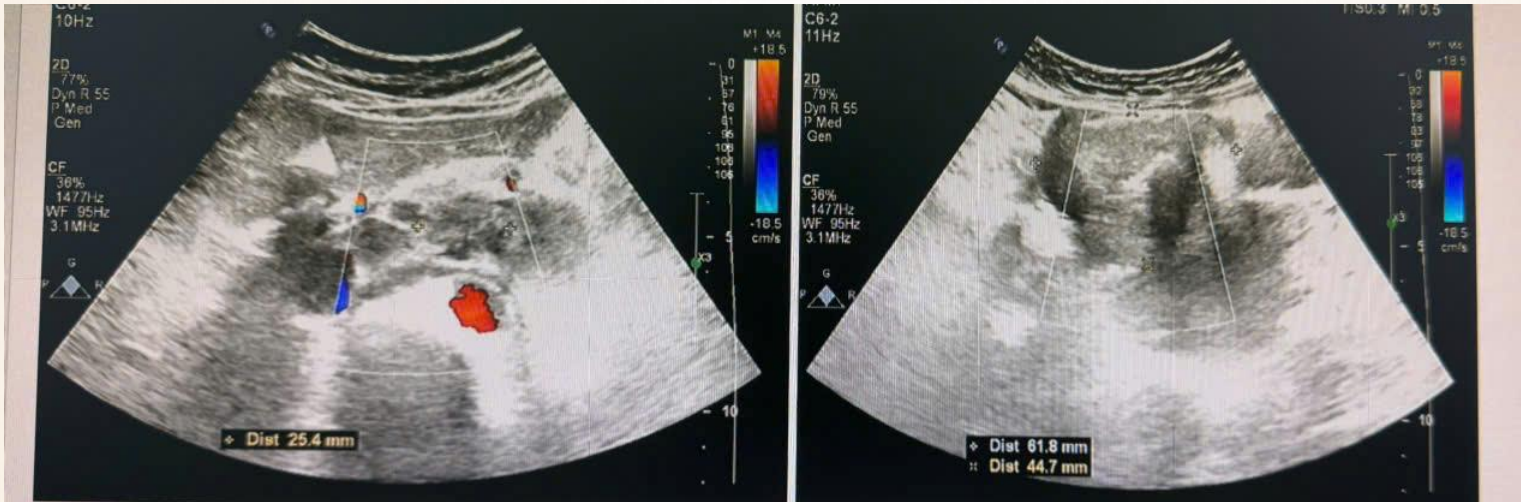


II. MÔ TẢ KẾT QUẢ:

TUYẾN GIÁP: không to, echo dày, đồng nhất, không tăng sinh mạch máu.
TUYẾN MẠNG TAI, TUYẾN DƯỚI HÀM HAI BÊN: bình thường.
Hạch trên đòn T có vài khối hạch echo kém, không rõ rón hạch, kt= 5-7mm.
Hạch cổ và trên đòn P không thấy hạch bệnh lý.

III. KẾT LUẬN: HẠCH TRÊN ĐÒN TRÁI KHÔNG ĐIỂN HÌNH HẠCH VIÊM

ĐỀ NGHỊ:



II. MÔ TẢ KẾT QUẢ:

GAN : không to, bờ đều, đồng dạng, không sang thương khu trú.

MẬT : Túi mật không sỏi. Đường mật trong gan không dẫn. Ống mật chủ không sỏi, không dẫn.

TỤY : Bình thường.

LÁCH : không to, đồng nhất.

THẬN HAI BÊN : không to, không sỏi, không ứ nước.

BÀNG QUANG : không sỏi, không bứu.

TỬ CUNG: DAP= 42mm, nội mạc mỏng, lòng tử cung không ứ dịch.

Dịch ổ bụng không có.

Hạch cạnh ĐM thân tạng có vài khối hạch echo kém, mất rốn hạch, kt=10-25 mm.

*Cạnh T tử cung có cấu trúc echo hỗn hợp, không đồng nhất, giới hạn rõ, kt= 62x45mm, bên trong có thành phần echo dày, hút âm phía sau, không tăng sinh mạch máu.

III. KẾT LUẬN: - HẠCH Ổ BỤNG THEO DÕI HẠCH DI CĂN.
- THEO DÕI TERATOMA BUỒNG TRỨNG TRÁI.



FNA HẠCH CỎ

HẠCH VIÊM XƠ TĂNG SẢN TẾ BÀO LỚN KHÔNG ĐIỂN HÌNH, CHƯA LOẠI TRỪ KHẢ NĂNG ÁC TÍNH
ĐỀ NGHỊ SINH THIẾT TRỌN HẠCH



CORE BIOPSY TỔN THƯƠNG TRUNG THẤT

ƯC BƯỚU TẾ BÀO HÌNH THOI. PAN KERATINM, CD5, CD117, P63, CD45, SALL4, OC...

HẠCH VIÊM YẾU TĂNG SẢN TẾ BÀO LỚN KHÔNG ĐIỂN HÌNH CHỨA LOẠI TRỮ ...

BƯỚU TẾ BÀO HÌNH THOI.
PAN KERATINM, CD5, CD117, P63, CD45, SALL4, OCT4, PLAP, TTF1, NAPSIN A, WT1.

CD45, CD20, BCL6. (+)
KI67: 90%
P63 (+) RAI RÁC
C-MYC 10%

CD3, CD5, CD10, BCL2, MUM1, CD23, CD30, CYCLIN D1, TDT, PAN
KERATIN, WT1, CD117, OCT4, SALL4, PLAP, TTF1, NAPSIN-A (-)
PHỦ HỢP LYMPHÔM TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA, KHÔNG ĐẶC HIỆU,
TẾ BÀO TRUNG TÂM MẮM (DLBCL, NOS, GCB TYPE)



BÀN LUẬN

- U lympho tế bào B trung thất nguyên phát (PMBCL) là một phân nhóm hiếm gặp của u lympho không Hodgkin (khoảng 2-3%)
- PMBCL bắt nguồn từ các tế bào B tuyến ức và hầu hết xảy ra ở trung thất trên trước trong vùng tuyến ức
- Thường thấy ở nữ giới ở độ tuổi 30-40
- Các triệu chứng thường là do khối u phát triển nhanh chóng, chèn ép lên các cấu trúc lân cận trong trung thất: **hội chứng tĩnh mạch chủ trên**, ho, khàn giọng, khó thở, khó nuốt, tràn dịch màng phổi hoặc màng tim...



HỘI CHỨNG TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN

- Là một tình trạng nghiêm trọng do tắc nghẽn một phần hoặc toàn bộ tĩnh mạch chủ trên
- Nguyên nhân chính: Hơn 80% trường hợp là do khối u ác tính, thường gặp nhất là ung thư phổi và u lympho không Hodgkin.
- Những triệu chứng thường gặp: Khó thở hoặc thở nhanh nông, Ho, Sưng phù phần đầu cổ, thân trên và cánh tay
- Những triệu chứng ít gặp hơn: Khàn tiếng, Đau ngực, Nuốt khó, Ho ra máu, Nổi các tĩnh mạch vùng ngực và cổ, Phù hai cánh tay, Thở nhanh hơn bình thường, Lạnh tay chân do thiếu oxy, Liệt dây thanh quản



- Chẩn đoán PMBCL đòi hỏi một phương pháp toàn diện, hỏi bệnh sử và khám thực thể kỹ lưỡng.
- Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò then chốt, với chụp CT và PET-CT toàn thân.
- Chẩn đoán xác định dựa vào sinh thiết khối u trung thất kèm theo phân tích mô học và hóa mô miễn dịch.



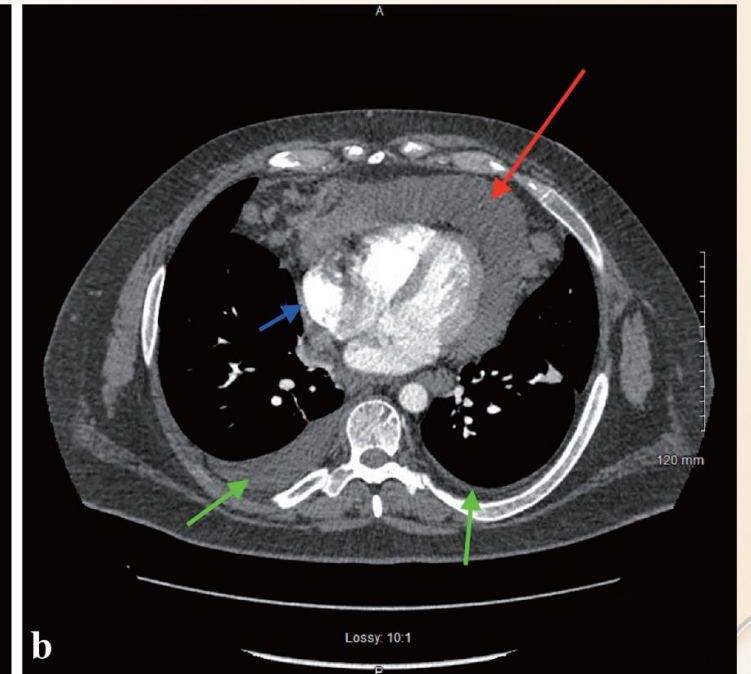
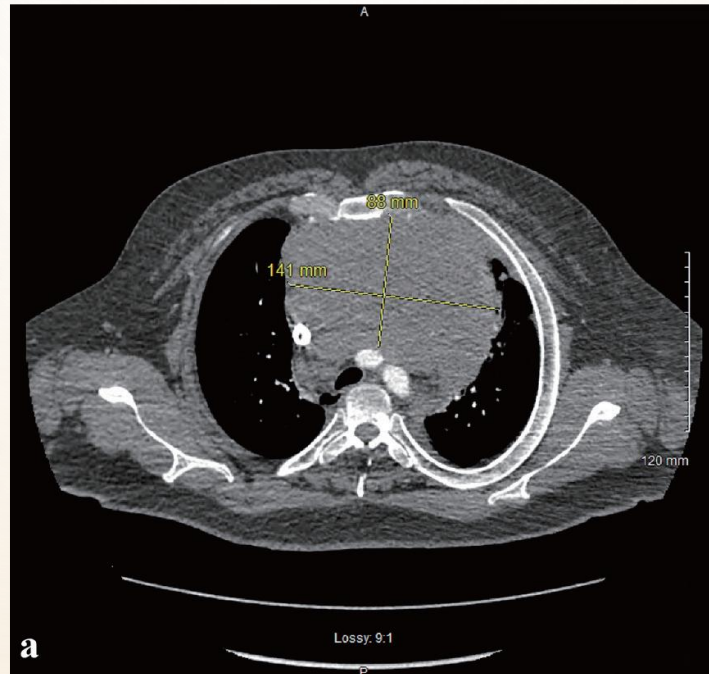
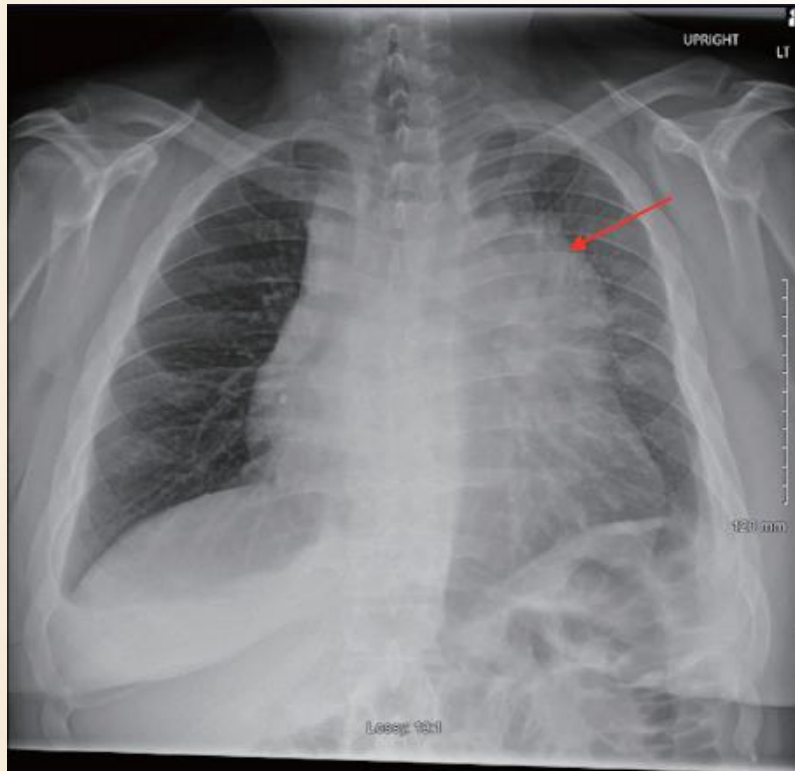
Primary Mediastinal B-Cell Lymphoma Presenting as Cardiac Tamponade

Alexander T. Phan^a, Johnny S. Randhawa^a, Brandon Johnston^a, Chayanne Khosravi^b, Aldin Malkoc^c, Sarkis Arabian^{a,b}

Abstract

Primary mediastinal B-cell lymphoma (PMBCL) is a rare subtype of non-Hodgkin lymphoma. Typical symptoms include cough, chest pain, and dyspnea; however, cardiac tamponade as the primary manifestation is exceedingly rare. We hereby present a case of a 34-year-old male with a past medical history of obesity, who presented to our emergency department with a chronic dry cough for 4 months.

2]. The tumor arises from a dysregulation in the Janus kinase signal transducer and activator of transcription (JAK-STAT), dysregulation of nuclear factor- κ B (NF- κ B) pathways, and amplification of 9p24.1 region of chromosome 9 [3]. Though some patients may be asymptomatic, others present with rapidly progressing symptoms such as a cough, hoarseness, dyspnea, dysphagia, airway damage, vascular damage, or B symptoms (i.e., fever, night sweats, weight loss). Symptoms





Case Report

Insidious Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma in a Young Female: A Case Report and Literature Review

Neil Gambhir, Paul Youn , Moein Bayat Mokhtari , Patricia Lin Kwan, Thida Aye, and Wan Ling Lam

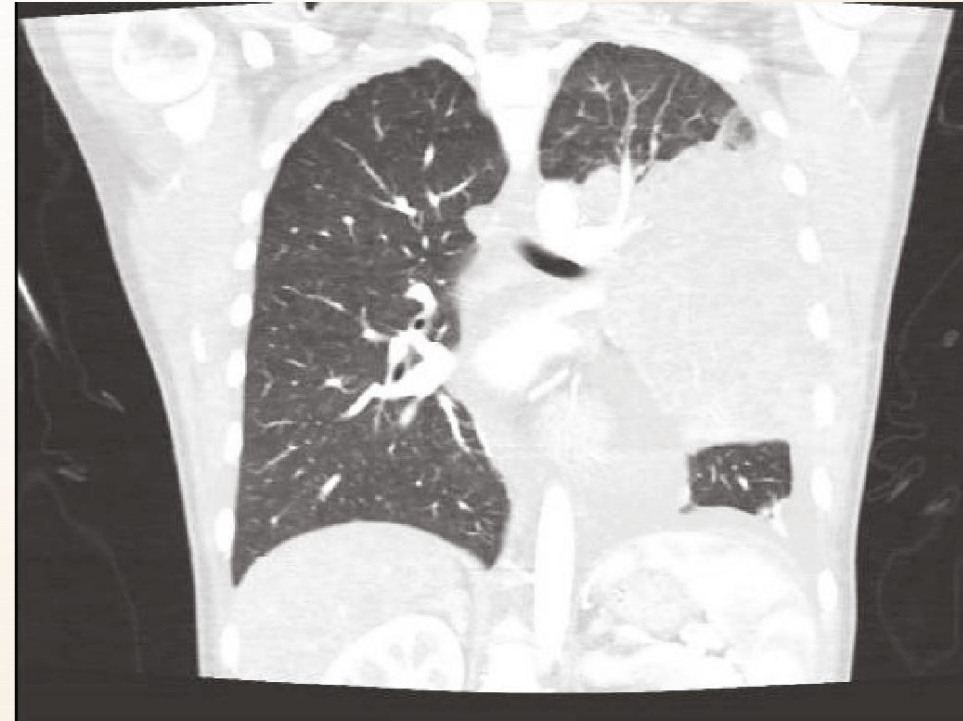
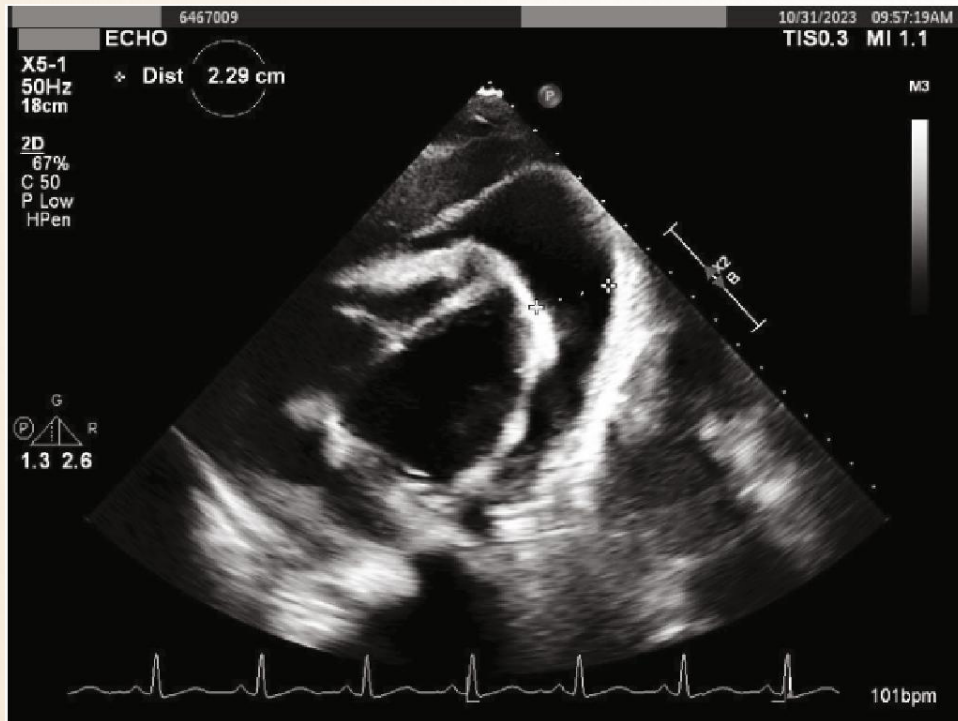
Department of Medicine, Lenox Hill Hospital, New York, New York, USA

Correspondence should be addressed to Paul Youn; pyoun1@northwell.edu

Received 19 December 2024; Accepted 1 April 2025

Academic Editor: Jose I. Mayordomo

Copyright © 2025 Neil Gambhir et al. Case Reports in Oncological Medicine published by John Wiley & Sons Ltd. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.





Primary mediastinal B-cell lymphoma (PMBCL): The LYSA pragmatic guidelines

Loïc Renaud ^a, Marie Donzel ^{b,1}, Justine Decroocq ^{c,1}, Pierre Decazes ^{d,1}, Jean Galtier ^{e,1}, Barbara Burroni ^f, Elena-Liana Veresezan ^g, Côme Sesboüé ^h, Peggy Dartigues ⁱ, Catherine Chassagne-Clément ^j, Laurent Martin ^k, Claire Mauduit ^l, Sophie Kaltenbach ^m, Dominique Penther ⁿ, Pascaline Etancelin ⁿ, David Sibon ^o, Sarah Bailly ^p, Valentine Martin ^q, Eric Durot ^r, Youlia Kirova ^s, Adrien Grenier ^t, Marie Maerevoet ^u, Wivine Bernard ^v, Louise Naveau ^w, Aurélie Cabannes-Hamy ^x, Anne-Ségolène Cottureau ^y, Nicolas Jacquet-Francillon ^z, Robin Noel ^{aa}, Thibaut Reichert ^{ab}, Clémentine Sarkozy ^{ac}, Lucile Bussot ^{ad}, Sébastien Bailly ^{ae}, Sandy Amorim ^{af}, Daphné Krzisch ^t, Jérôme Cornillon ^{ag}, Hugo Legendre ^{ah}, Florian Chevillon ^{ai}, Doriane Cavalieri ^{aj}, Pierre Sesques ^{ak}, Véronique Minard-Colin ^{al}, Corinne Haioun ^o, Franck Morschhauser ^{aj}, Roch Houot ^{am}, Fabrice Jardin ^{an}, Hervé Tilly ^{an}, Alexandra Traverse-Glehen ^b, Vincent Camus ^{an,*}

^a Gustave Roussy, Department of Hematology, Villejuif 94805, France



KẾT LUẬN

Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thăm khám đầy đủ và kỹ lưỡng đối với những bệnh nhân có các triệu chứng mãn tính không điển hình.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gambhir N, Youn P, Mokhtari MB, Kwan PL, Aye T, Lam WL. Insidious Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma in a Young Female: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Oncol Med*. 2025 Apr 26;2025:9983831. doi: 10.1155/crom/9983831. PMID: 40321314; PMCID: PMC12049244.
- Phan, A., Randhawa, J., Johnston, B., Khosravi, C., Malkoc, A., & Arabian, S. (2023). Primary Mediastinal B-Cell Lymphoma Presenting as Cardiac Tamponade. *Journal Of Medical Cases*, 14(8), 277-281.
- Primary mediastinal B-cell lymphoma (PMBCL): The LYSA pragmatic guidelines Renaud, Loïc et al. *European Journal of Cancer*, Volume 220, 115369.
- Yu Y, Dong X, Tu M, Wang H. Primary mediastinal large B cell lymphoma. *Thorac Cancer*. 2021;12(21):2831-2837.



Thank
You

FOR
LISTENING