



Tổn thương gan đơn độc nghĩ di căn từ K ruột non

BS Trịnh Thu Thảo
BS Phan Trần Thiên Hà
BS Nguyễn Trọng Khuê



Bệnh sử

- Họ tên bệnh nhân: Phạm Văn Ng.
- Nam, 56 tuổi.
- Địa chỉ: Huyện Đầm Dơi, Cà Mau.
- BN khai: cách ngày khám 1 tháng, bệnh nhân đau thượng vị, chán ăn, không rối loạn đi tiêu -> Khám BV Đa Khoa tỉnh Cà Mau, được chẩn đoán Viêm dạ dày, cho thuốc điều trị ngoại trú.
- Triệu chứng tái đi tái lại -> khám tại BV Medic Cà Mau.



Tiền căn

- Trong 3 năm trước ngày khám: đau thượng vị tái đi tái lại, khám ở BV Đa khoa tỉnh Cà Mau vài tháng / lần, được chẩn đoán Viêm dạ dày.
- Trong các lần khám, được Siêu âm bụng với kết quả Nang gan phải.
- Bệnh nhân làm mất hồ sơ nên không xác minh được các kết quả cũ.



Kết quả CLS

Họ tên: **PHẠM VĂN NG**

Địa chỉ: -Ấp Tân Điền A, -Tạ An Khương^H. Đầm Dơi-Cà Mau

Khoa: **PK Ung Bướu - Gan**

Đối tượng: Thu phí

Năm sinh: **1956** Giới tính: **Nam**

Số điện thoại: 0913:

CCCD/ CMND:



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
HUYẾT HỌC		
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)	*	
WBC	6.77	(4.0-10.0) 10 ⁹ /L
% Neu	72.3	(40 - 74 %)
% Lym	24.3	(25 - 48 %)
% Mono	2.96	(3 - 9 %)
% Eos	0.11	(0 - 7 %)
% Baso	0.35	(0 - 1.50 %)
RBC	3.66	(3.80 - 5.60) 10 ¹² /L
Hb	6.85	(12 - 18 g/dL)
Hct	24.2	(35 - 52 %)
MCV	66.2	(80 - 97 fL)
MCH	18.7	(26 - 32 pg)
MCHC	28.3	(31 - 36 g/dL)
RDW	22.1	(11.0 - 15.7%)
PLT	444	(130 - 400) 10 ⁹ /L
MPV	6.65	(6.30 - 12.0 fL)
SINH HÓA		
Định lượng Urê máu [Máu]	31.1	(15.0 - 49.0 mg/dL)
Định lượng Creatinin [Máu]	0.82	(0.60 - 1.40 mg/dL)

Cà Mau, ngày 28 tháng 04 năm 2023
KHOA XÉT NGHIỆM



Kết quả CLS

Họ tên: **PHẠM VĂN NG**

Địa chỉ: -Ấp Tân Điền A, -Tạ An Khương^H. Đầm Dơi-Cà Mau

Khoa: **PK Ung Bướu - Gan**

Đối tượng: Thu phí

Năm sinh: **1956** Giới tính: **Nam**

Số điện thoại: 0913:

CCCD/ CMND:



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
CKD-EPI	92	(≥ 60 mL/phút)
Đo hoạt độ GGT (Gama Glutamyl Transferase) [Máu]	11.9	(6 - 46 U/L)
Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]	15.5	(6 - 35 U/L)
Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]	9.8	(3 - 30 U/L)
Định lượng CRP hs (C-Reactive Protein high sensitivity) [Máu]	11.1	(< 5.0 mg/L)
Định lượng Bilirubin toàn phần [Máu]	0.5	(0.1 - 1.1 mg/dL)
Định lượng Bilirubin trực tiếp [Máu]	0.2	(0.1 - 0.4 mg/dL)
Định lượng Bilirubin gián tiếp [Máu]	0.3	(0.2 - 0.7 mg/dL)
NƯỚC TIỂU		
Tổng phân tích nước tiểu (Bằng máy tự động)	*	
1) Chemistry	*	
Glucose	Negative	Negative
Bilirubin	Negative	Negative
Keton	Negative	Negative
Specific gravity	1.020	(1.005-1.030)
Blood	Negative	Negative
pH	5.5	(5.0-8.0)
Protein	0.3 g/L	Negative
Urobilinogen	Negative	Negative

Cà Mau, ngày 28 tháng 04 năm 2023
KHOA XÉT NGHIỆM



Kết quả CLS

Họ tên: **PHẠM VĂN NG**

Năm sinh: **1956** Giới tính: **Nam**

Địa chỉ: -Ấp Tân Điền A,-Tạ An Khương^H. Đầm Dơi-Cà Mau

Khoa: **PK Ung Bướu - Gan**

Số điện thoại: 09133-

Đối tượng: Thu phí

CCCD/ CMND:



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
Nitrite	Negative	Negative
Leucocyte	Negative	Negative
2) Microscopic	*	
Cells	TBTB (+)	
Crysts	:	
MIỄN DỊCH		
Định lượng AFP (Alpha Fetoproteine) [Máu]	1.50	(< 20 ng/mL)
Định lượng PSA toàn phần (Total prostate-Specific Antigen) [Máu]	1.49	(< 4 ng/mL)
Định lượng CEA (Carcino Embryonic Antigen) [Máu]	3.21	(< 5 ng/mL)
HBsAg miễn dịch tự động	POS S/CO= 127.89	(S/Co < 1)
HBsAb định lượng	1.61	(≤ 10 mIU/mL)
HCV Ab miễn dịch tự động	NEG S/CO= 0.09	(S/Co < 1)
Định lượng Ferritin [Máu]	21.67	(11 - 300 ng/mL)
ELISA		
Thổi hơi thở C13	H.pylori Dương tính	



Kết quả CLS

Họ tên: **PHẠM VĂN NGHIỆP**

Năm sinh: **1956** Giới tính: **Nam**

Địa chỉ: -Ấp Tân Điền A, -Tạ An Khương^H. Đầm Dơi-Cà Mau

Khoa: **PK Ung Bướu - Gan**

Số điện thoại: 0913349132

Đối tượng: Thu phí

CCCD/ CMND:



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
MIỄN DỊCH		
HBeAg miễn dịch tự động	0.05	(< 0.59 IU/mL)
HBeAb miễn dịch tự động	POS S/CO= 0.79	(S/Co > 1)
ADN		
HBV DNA Taqman	1928	(< 484 copies/mL)
	3.29	(< 2.68 Log10 copies/mL)
	398	(< 100 IU/mL)
	2.60	(< 2.00 Log10 IU/mL)



KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

HẠM VĂN NG

Năm sinh: 1956

Phái: Nam

Địa chỉ: ấp Tân Điền A,, Tạ An Khuong, H. Đầm Dơi, Cà Mau

Điện thoại: 09133

Chức vụ:

Khoa/Phòng: Phòng 24 - PK Ung Bướu - Gan

Lâm sàng: Làm theo yêu cầu BN: KT gan TPTNT

KẾT QUẢ Siêu âm tổng quát - đàn hồi gan

Mô tả:

- **GAN:** Cấu trúc thô nhẹ, bờ đều, kích thước không to. Hai thùy gan có vài có cấu trúc echo trông rải rác dmax= 9 x 10mm. Gan phải có cấu trúc echo kém không đồng nhất, d= 23 x 24mm, giới hạn rõ, bờ không đều, tăng nhẹ âm sau, Doppler (-). Siêu âm đàn hồi gan bằng kĩ thuật Realtime 2D Shear wave trên máy Supersonic: Độ cứng gan (Median Stiffness) = 7.0 kPa (#F1-2)
- **MẬT:** Túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- **LÁCH:** Cấu trúc đồng dạng, bờ đều, không to.
- **TỤY:** Cấu trúc đồng dạng, bờ đều, kích thước bình thường.
- **2 THẬN: (P)** : Có nốt vôi d= 2mm, không ứ nước.
(T) : Không sỏi, không ứ nước.
- **BÀNG QUANG:** Không sỏi, không thấy tổn thương khu trú, vách mỏng.
- **TIẾN LIỆT TUYẾN:** Cấu trúc đồng dạng, bờ đều, thể tích không to, rãnh phân thủy rõ, bên trong có vôi hóa.
- **HẠCH VÀ CÁC MẠCH MÁU LỚN:** Không ghi nhận hình ảnh bệnh lý.
- **ỐNG TIÊU HÓA:** Nhu động bình thường, không thấy tổn thương khu trú.
- **DỊCH TỰ DO Ổ BỤNG:** Không tràn dịch ổ bụng.
- **DỊCH MÀNG PHỔI:** Không tràn dịch màng phổi.

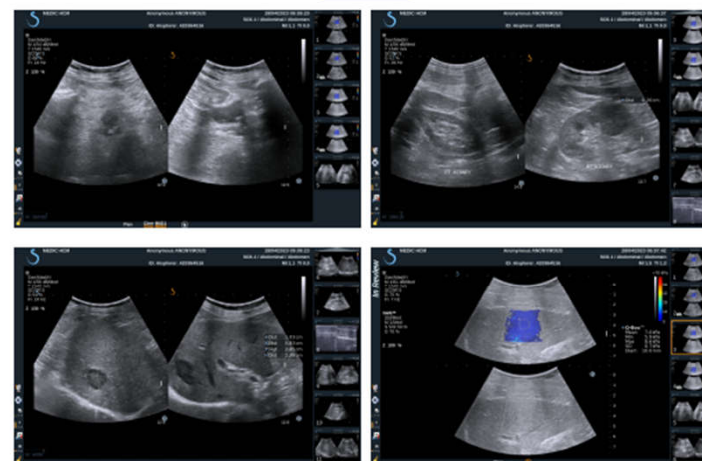
KẾT LUẬN

- CẤU TRÚC ECHO KÉM GAN PHẢI CHƯA RÕ BẢN CHẤT + NANG GAN HAI THÙY / THEO DÕI VIÊM GAN MẠN.
- ĐỘ CỨNG GAN TƯƠNG ĐƯƠNG F1-2 (THEO XẾP LOẠI METAVIR-LB).
- NỐT VÔI THẬN PHẢI.
- VÔI HÓA TIẾN LIỆT TUYẾN.

*Mang theo phiếu này mỗi khi đi tái khám

Mã BN: 23008534

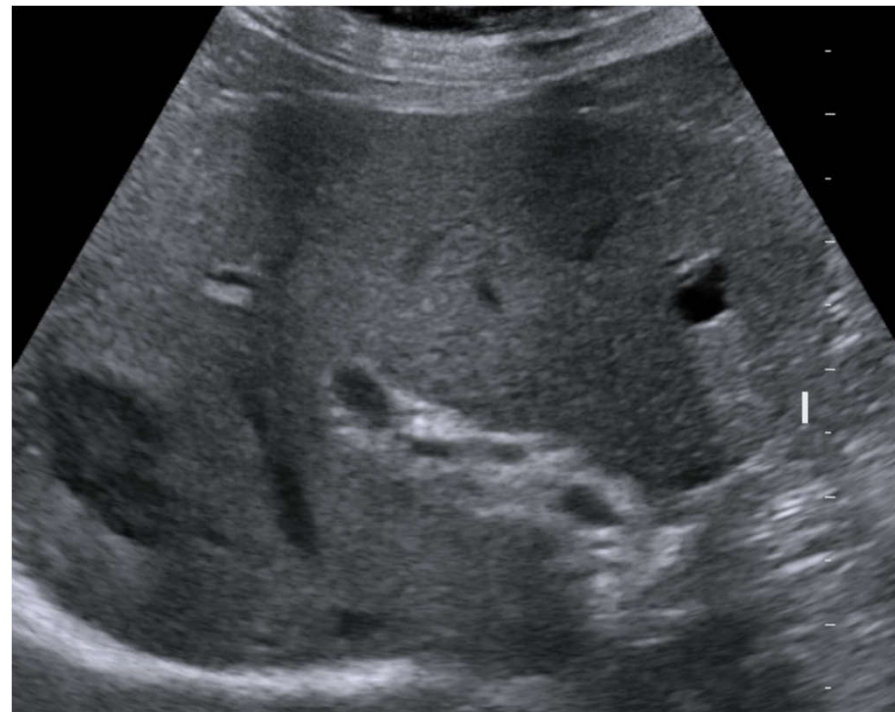
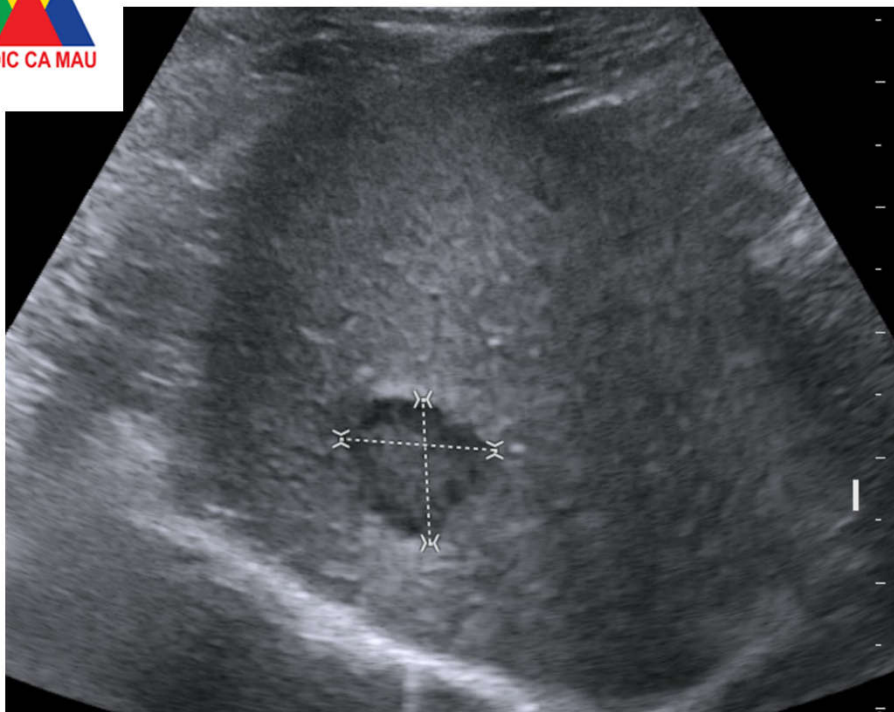
HÌNH ẢNH



Cà Mau, in lúc 09:02:00, Ngày 28 tháng 04 năm 2023

BÁC SĨ SIÊU ÂM

Sốt u ruột non và chưa đo độ cứng nốt gan => Rút kinh nghiệm, tránh lặp lại sai sót.



Hình ảnh siêu âm



BN được chỉ định CT scan bụng có cản quang



Bệnh viện: BỆNH VIỆN MEDIC CÀ MAU
Địa chỉ: 320 Trần Hưng Đạo, Khóm 2, Phường Tân Thành, TP Cà Mau
Điện thoại: 0290.3 75 76 77
Email: info@mediccamau.com.vn



MEDIC CT SCAN REPORT

Mã bệnh nhân: 23008534

Tên bệnh nhân: **PHẠM VĂN NG**

Tuổi: 67

Giới tính: Nam

Địa chỉ: Ấp Tân Điền A,, Tạ An Khuong, H. Đầm Dơi, Cà Mau. 09133

Bác sĩ chỉ định

Thời gian chỉ định: 06-05-2023

Bệnh viện: BỆNH VIỆN MEDIC CÀ MAU

Khoa: Phòng 24 - PK Ung Bướu - Gan

Lâm sàng:

Máy: TOSHIBA AQUILION 64

Kỹ thuật: CT bụng-tiểu khung thường quy có thuốc cản quang 64 dãy

KẾT QUẢ

KỸ THUẬT:

Vùng bụng được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm không và có tiêm thuốc cản quang.

KẾT QUẢ:

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất . Vài nang gan hai bên, khoảng 10mm. Thương tổn giảm đậm độ ở gan phải, bờ không đều, bắt cản quang kém, khoảng 32mm

Đường mật trong và ngoài gan không dẫn. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang

Lách , Tụy hình dạng kích thước bình thường.

Thận hai bên hình dạng , kích thước bình thường, không ứ nước , không sỏi cản quang

Bàng quang bình thường.

Thương tổn dày vách ruột non đoạn hồng tràng, tạo thành mass kích thước # 19 x 96mm, bắt cản quang

Không thấy hạch và dịch ổ bụng

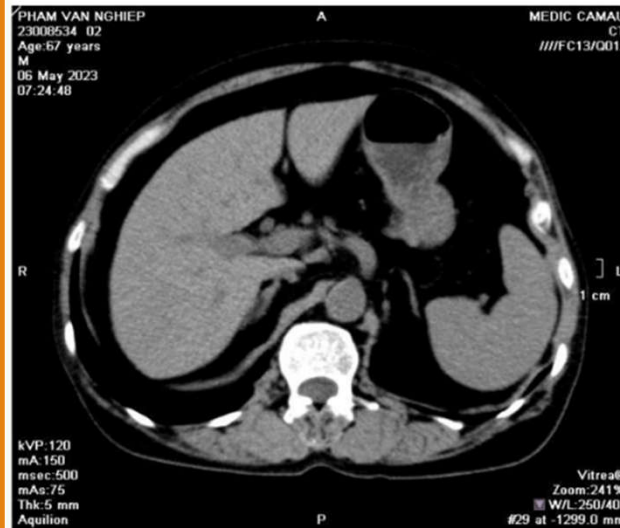
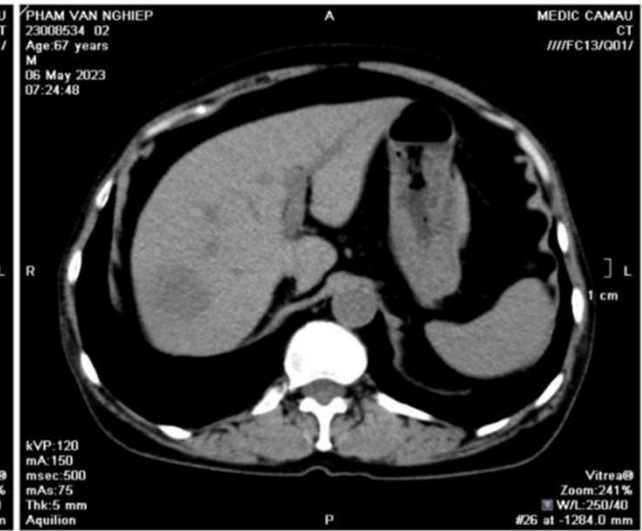
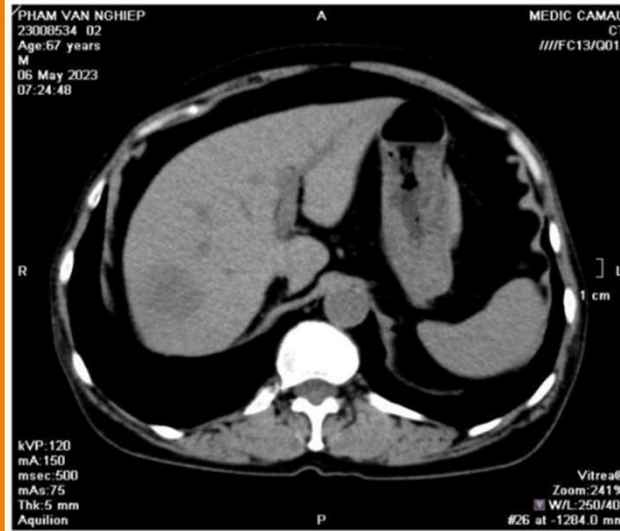
KẾT LUẬN:

- THEO DÕI U RUỘT NON ĐOẠN HỒNG TRÀNG
- THƯƠNG TỔN GAN PHẢI # 32MM THEO DÕI DO DI CẢN
- VÀI NANG GAN HAI BÊN

TP Hồ Chí Minh, ngày 06-05-2023

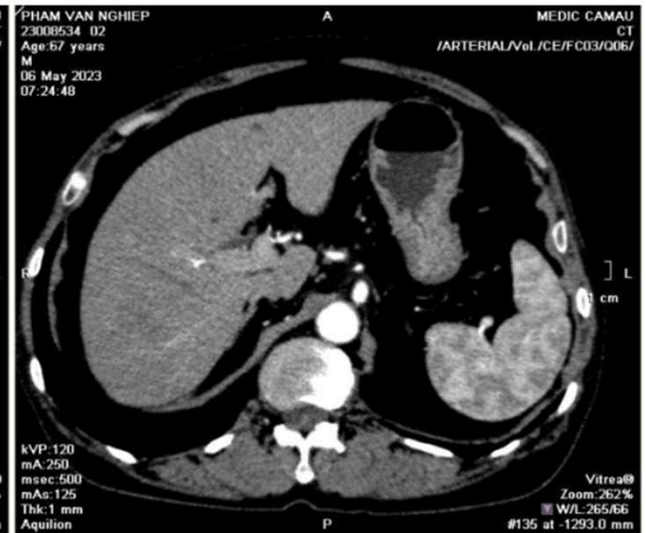
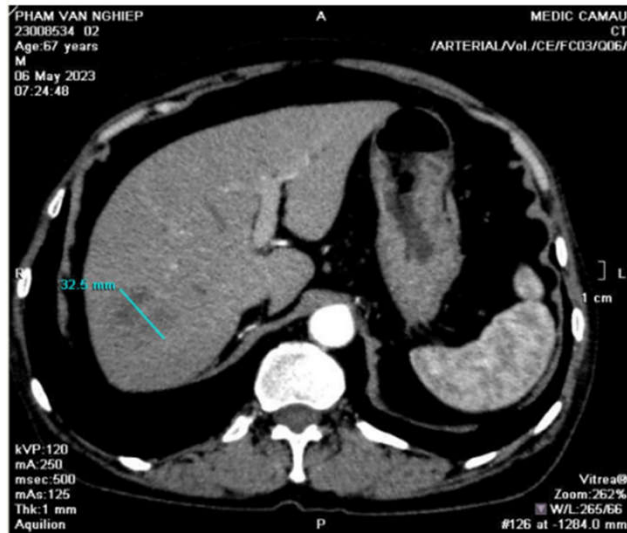
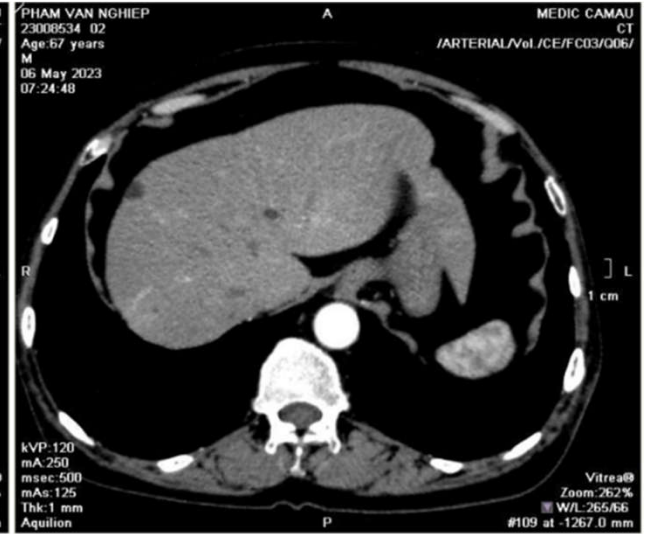


Hình ảnh CT scan



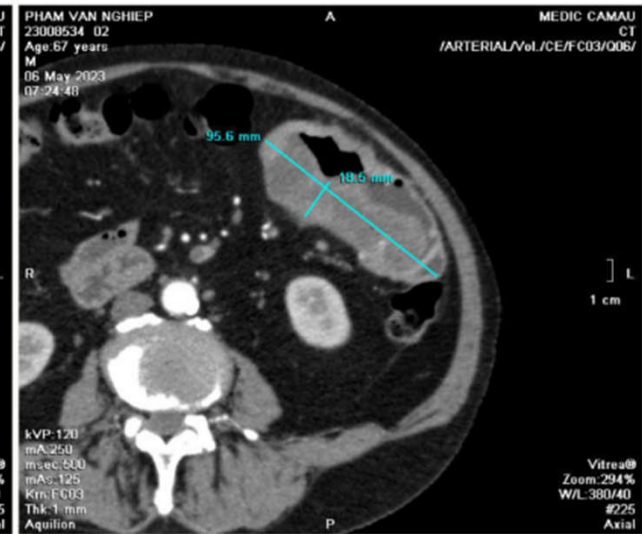
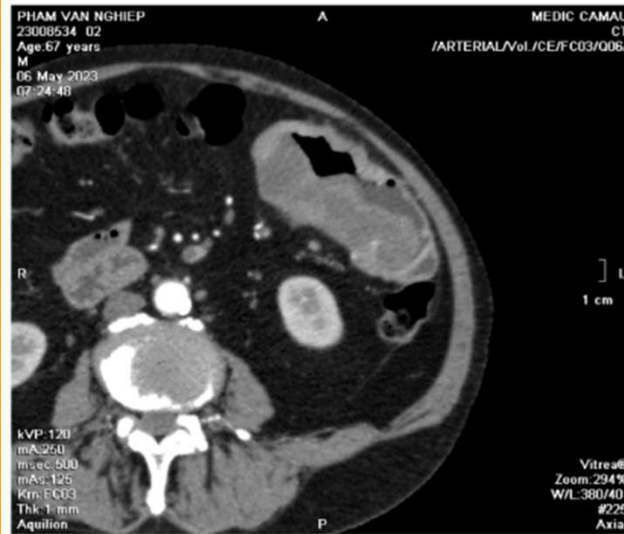


Hình ảnh CT scan





Hình ảnh CT scan





Hình ảnh CT scan





Nội soi viên nang

- Chưa thực hiện được tại Medic Cà Mau.
- Bệnh nhân không được thực hiện ở các tuyến trên.



Điều trị

- Bệnh nhân được chuyển qua Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau => BV Chợ Rẫy => BV Ung Bướu TP. HCM.
- Được xét nghiệm và chụp phim lại, kết quả tương tự.
- Sau khi được tư vấn phẫu thuật, do tiên lượng không như kì vọng, bệnh nhân từ chối điều trị và về uống thuốc nam.



Khó khăn khi chẩn đoán

- Triệu chứng lâm sàng không điển hình.
 - Bỏ sót tổn thương tại ruột non (khách quan hay chủ quan?).
 - Tổn thương di căn bị nhầm với nang gan.
 - Tổn thương di căn gan đơn độc: #10%.
- => Chẩn đoán chậm trễ.



Hình ảnh tổn thương di căn đơn độc tại gan


- 10% đơn độc.
- Hình ảnh rất đa dạng:
 - Tăng đậm độ.
 - Giảm đậm độ.
 - Dạng nang.
 - Dầu halo.
 - Vô hóa.
 - Bờ không rõ.
 - Kèm dẫn đường mật.
 - ...



CĐ ban đầu: Abscess
Sinh thiết: di căn từ adenocarcinoma (Tiêu hóa trên / tụy)

Images Study Questions Findings

Ultrasound correlation of the cystic liver lesion seen on CT. The lesion in the left hepatic lobe with a central hypoechoic region and a hypoechoic rim. There is only mild vascularity of the lesion on colour Doppler ultrasound.

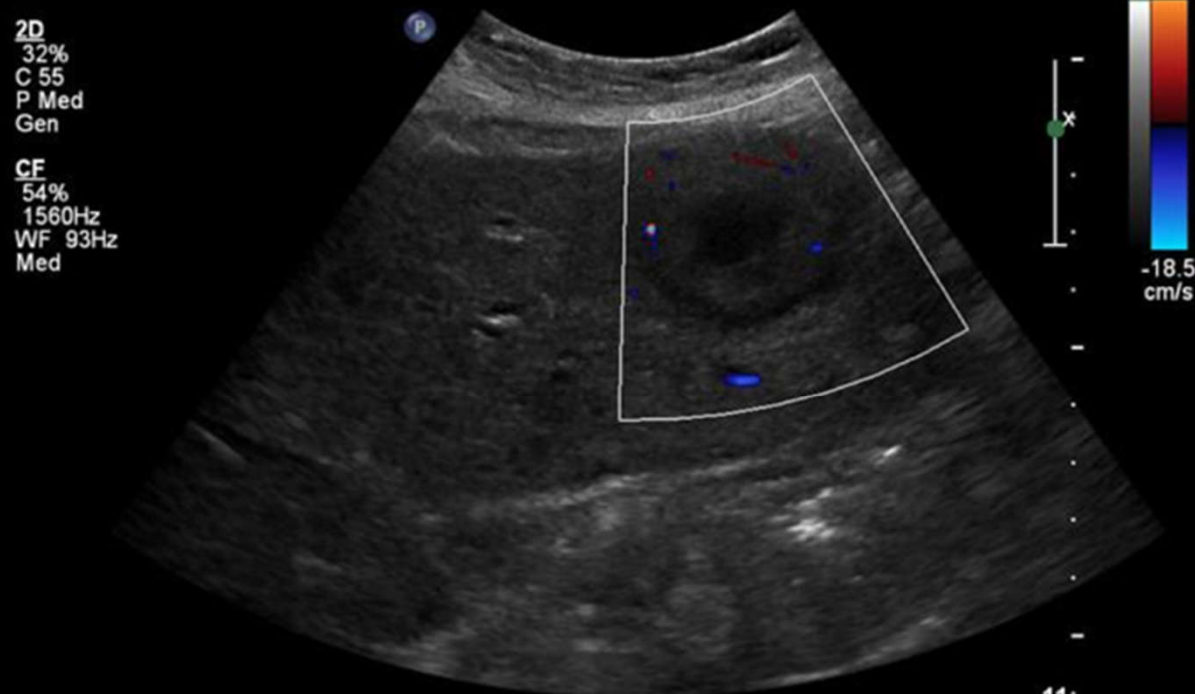


PHILIPS
09:50:36AM TIS0.8 MI 1.2
C5-1/Abd Gen

LF
FR 1.31Hz
RP

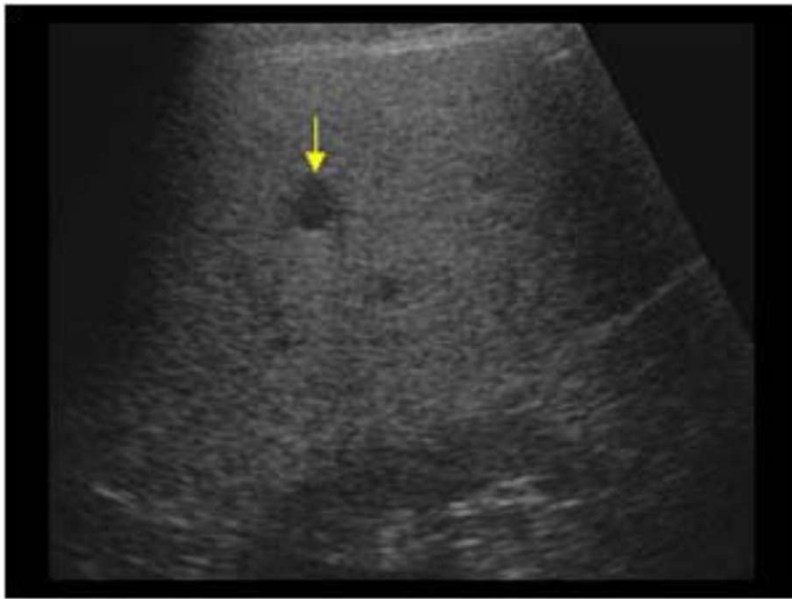
2D
32%
C 55
P Med
Gen

CF
54%
1560Hz
WF 93Hz
Med

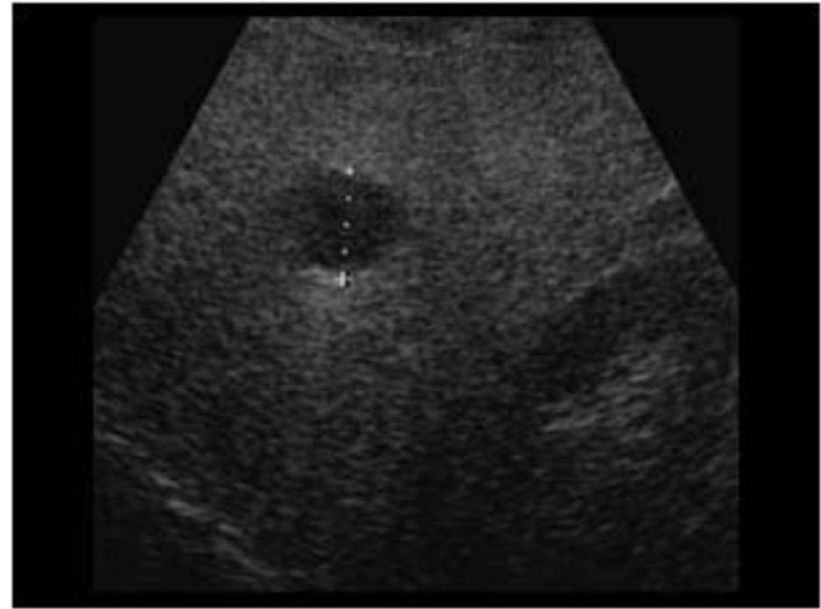


TRV LIV LT 11

Hình ảnh tổn thương di căn đơn độc tại gan

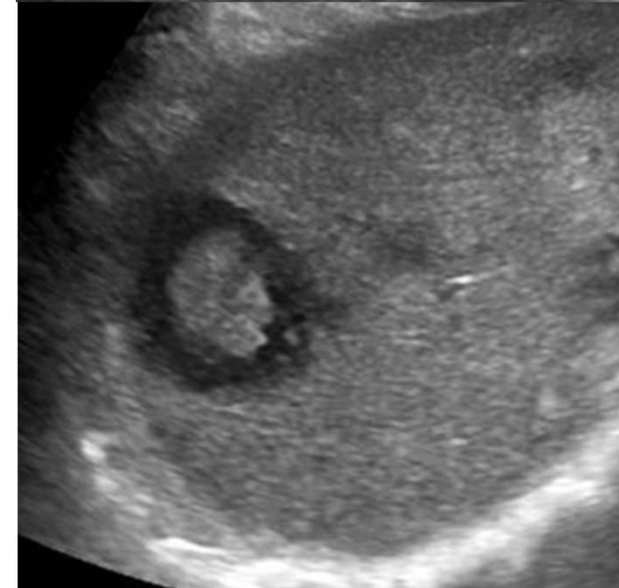
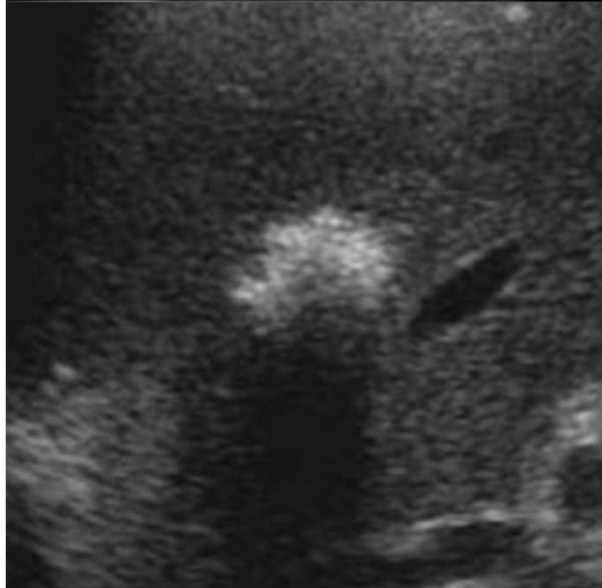
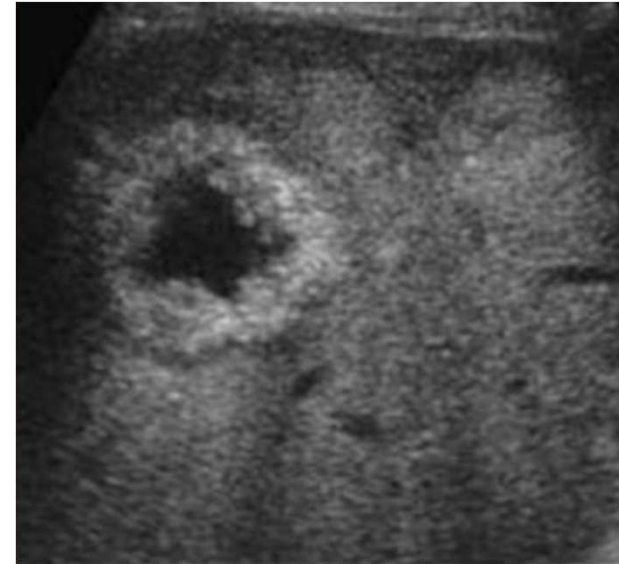
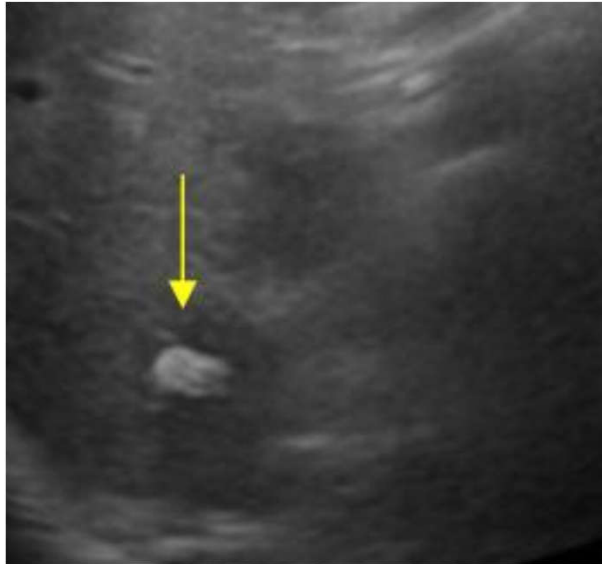


Metasases: Progression of very hypoechoic liver metastases of a melanoma



Metasases: Progression of very hypoechoic liver metastases of a melanoma

Hình ảnh tổn thương di căn đơn độc tại gan





K ruột non: tổng quan

- Một trong các nhóm K hiếm nhất -> thông tin hạn chế.
- 0.5% K, 3-4% K ống tiêu hóa (USA).
- Tá tràng > hồi tràng > hồi tràng
- Tỷ lệ sống sau 5 năm của K ruột non:
 - GD 1: 70%
 - GD 2: 55%
 - GD 3: 30%
 - GD 4: 5 – 10%
- Thường phát hiện trễ -> tiên lượng xấu.



K ruột non: YTNC (RSNA)

- Di truyền: hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC), familial adenomatous polyposis (FAP), Peutz-Jeghers syndrome (PJS), and multiple endocrine neoplasia (MEN) type 1.
- Viêm mạn (đặc biệt là Crohn disease).
- Celiac disease (không dung nạp Gluten).
- Một số nghiên cứu: rượu, thịt đỏ, thức ăn xông khói, thức ăn muối, thức ăn nhiều chất béo, refined sugar, HTL.
- HIV.



K ruột non: triệu chứng lâm sàng

- Không triệu chứng.
 - Không điển hình: đau bụng, chán ăn, sụt cân, buồn nôn / nôn, XHTH, vàng da, mệt mỏi...
 - Triệu chứng của tắc ruột.
 - Khối u ở bụng.
- ⇒ Phát hiện trễ.



K ruột non: CĐHA

- Nội soi: Nội soi đẩy (push enteroscopy), nội soi viên nang (Video capsule endoscopy), nội soi bóng đôi (Double-balloon enteroscopy).
- Siêu âm qua ngã nội soi.
- Cross-sectional imaging:
 - CT bụng có sử dụng thuốc cản quang.
 - Cộng hưởng từ ruột non (MR enterography).
=> Chẩn đoán, đánh giá, phân giai đoạn.
- Một số (ít) nói đến vai trò của siêu âm bụng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán u ống tiêu hóa

b) **Tiêu chuẩn chẩn đoán** của siêu âm về khối u ống tiêu hóa dựa vào **dấu hiệu dày vách** (bề dày vách ống tiêu hóa **1,2cm**), vào sự **mất đối xứng** của thiết diện ống tiêu hóa (**H1, H2**), và **dấu hiệu bắc cầu** (bridging) cho trường hợp khối u của vách ống tiêu hóa. Các dấu hiệu này không chuyên biệt và cũng *chưa phải* là dấu hiệu siêu âm đặc hiệu của khối u ống tiêu hóa (3) vì có thể gặp ở các bệnh lý khác như lao, viêm. Gọi là **chẩn đoán siêu âm dương tính** khi có kết quả phù hợp với nội soi tiêu hóa (**H3**) và/hoặc với x-quang và giải phẫu bệnh lý.

SIÊU ÂM PHÁT HIỆN KHỐI U ỐNG TIÊU HÓA

NGUYỄN THIỆN HÙNG, PHAN THANH HẢI

TRUNG TÂM Y KHOA (MEDIC)

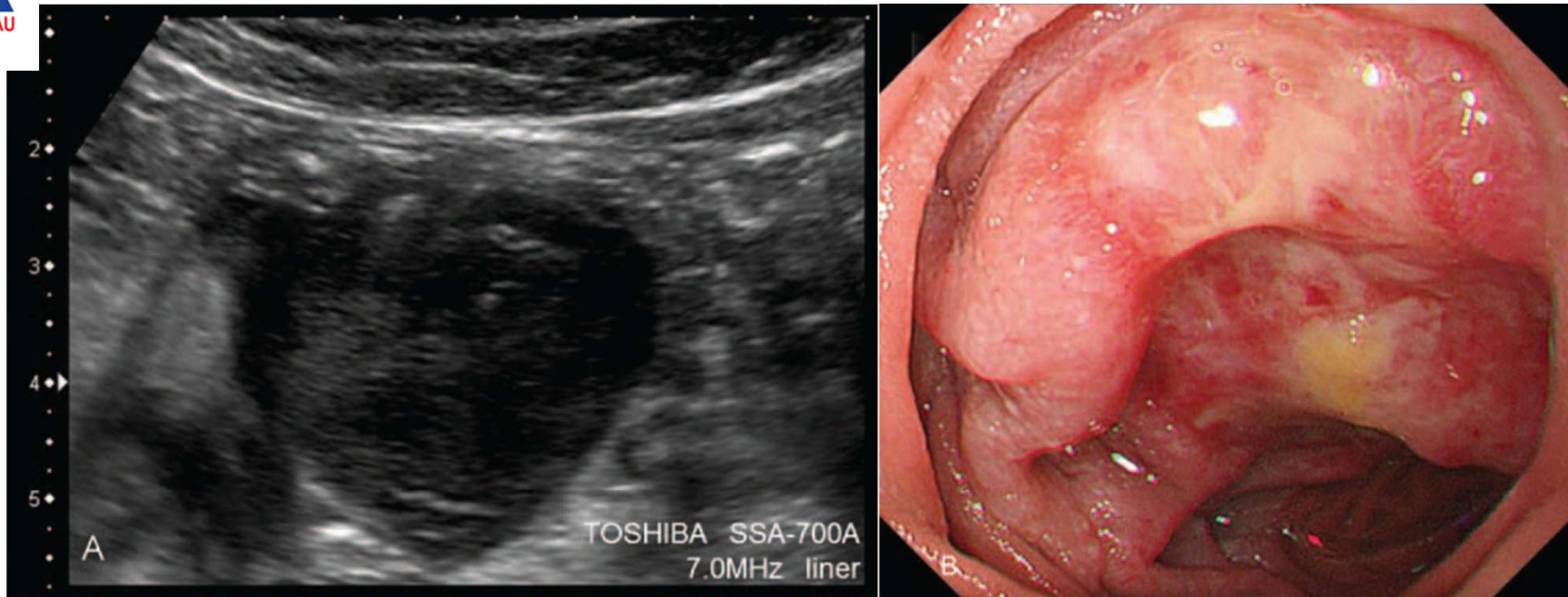


Usefulness of Ultrasonography for Diagnosis of Small Bowel Tumors

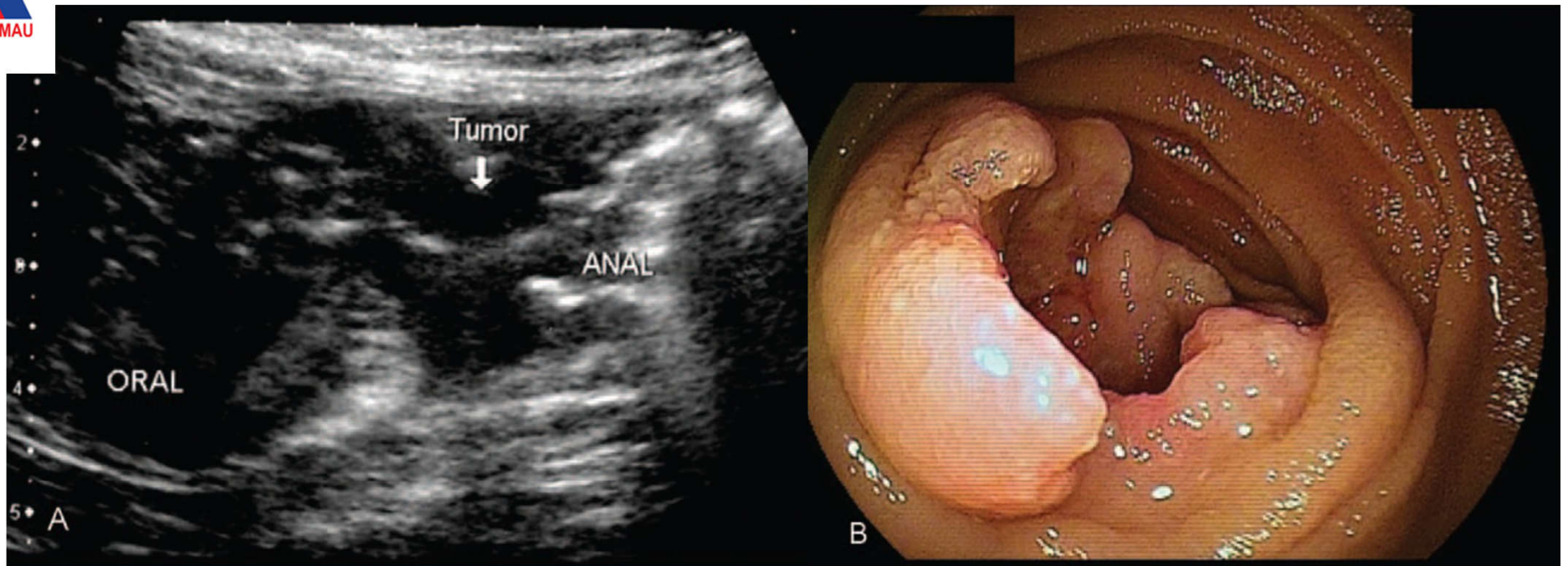


This study enrolled 558 consecutive patients (295 males, 263 females; mean age 71.1 years) who underwent ultrasonography before capsule endoscopy and/or balloon-assisted endoscopy. Ultrasonographic detection of small bowel tumors was compared with detection by capsule endoscopy and/or balloon-assisted endoscopy. In addition, factors affecting small bowel tumor detection by ultrasonography and clinical characteristics of patients with small bowel tumors undetected by ultrasonography were evaluated.

Ninety-seven tumors (52 benign, 45 malignant) detected by capsule endoscopy and/or balloon-assisted endoscopy were retrospectively analyzed. The sensitivity and specificity of ultrasonography in the detection of small bowel tumors were 50.5% (47/93) and 100% (465/465), respectively. If we restricted patients to those with a tumor >20 mm in size, its detection ratio would become higher (91.7%) the ratio of submucosal tumor >20 mm in size was 85.7% (6/7) and that of partial and circumferential ulcerative tumors >20 mm in size was 96.9% (31/32), respectively. Small bowel tumors detected by ultrasonography (mean 33.2 mm) were significantly larger than those undetected by ultrasonography (mean 8.7 mm). The percentage of small bowel tumors located in the ileum detected by ultrasonography (70.6%)



Results in a patient with SBT of the jejunum detected by both US and BAE. Tumor size was 30×22mm, and the histological diagnosis was diffuse large B cell lymphoma. (A) US results, showing a very low echoic round mass lesion in the periumbilical region. (B) BAE results, confirming the presence of a partial ulcerative mass in the distal jejunum. BAE=balloon-assisted endoscopy, SBTs= small bowel tumors, US=ultrasonography.



Results in a patient with SBT of the jejunum detected by both US and BAE. Tumor size was 15×13 mm, and the histological diagnosis was jejunal cancer. (A) US results, showing a low-echoic mass surrounding the entire circumference of the small intestinal wall in the epigastric region. (B) BAE results, confirming the presence of a circumferential ulcerative mass in the upper jejunum. BAE=balloon-assisted endoscopy, SBTs= small bowel tumors, US=ultrasonography.



Liên quan giữa u ruột non và HBV?

Associations between hepatitis B virus infection and risk of colorectal Cancer: a population-based prospective study



Tong Liu ^{# 1 2 3}, Wenqiang Li ^{# 4}, Youcheng Zhang ^{# 5 6}, Sarah Tan Siyin ⁷, Qi Zhang ^{1 2 3}, Mengmeng Song ^{1 2 3}, Kangping Zhang ^{1 2 3}, Siqing Liu ⁸, Hanping Shi ^{9 10 11}

Affiliations + expand

PMID: 34663268 PMCID: [PMC8524927](#) DOI: [10.1186/s12885-021-08846-w](#)

Results: During a median follow-up of 11.28 years, 448 incident CRC cases were identified. The adjusted HR (95%confidence interval (CI)) for the association of HBsAg Seropositive with CRC was 1.85(1.15 ~ 2.96) in the Cox regression. Subgroup analyses showed that the HBsAg seropositive group was associated with increased risk of new-onset CRC among male, middle-aged, normal weight, smokers and non-drinker participants, respectively. A positive association of HBV infection with the risk of CRC was observed in the adjusted sub-distribution proportional hazards (SD) models ($HR_{SD} = 1.77$, 95% CI:1.11-2.84) and cause-specific hazards (CS) models ($HR_{CS} = 1.79$, 95% CI: 1.13-2.91).

Conclusions: Our results have found a significant association between HBV infection and the risk of incident CRC among Chinese participants.



Nguồn trích dẫn và tham khảo

- Hình ảnh siêu âm ống tiêu hóa (Thầy Nguyễn Thiện Hùng biên dịch).



- Siêu âm phát hiện khối u ống tiêu hóa (Thầy Phan Thanh Hải, Thầy Nguyễn Thiện Hùng – Trung tâm Y khoa Medic).



- Malignant Neoplasms of the Small Intestine (Medscape).



- Small Bowel Neoplasms: A Pictorial Review (RSNA).

- Một số nghiên cứu công bố trên PubMed.

Thank you!

