

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U NỘI MÔ MẠCH MÁU DẠNG BIỂU MÔ Ở GAN: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Trần Bảo Long^{1,2}, Cao Mạnh Thấu³ và Nguyễn Đức Anh^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

U nội mô mạch máu dạng biểu mô (epithelioid hemangioendothelioma - EHE) ở gan là bệnh lý hiếm gặp, dễ bị chẩn đoán nhầm với ung thư biểu mô tế bào gan hoặc tổn thương di căn. Bệnh nhân nam 37 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đi khám với triệu chứng đau tức vùng hạ sườn phải kèm sút cân nhẹ vài tuần. Khám lâm sàng không ghi nhận bất thường, trên phim cộng hưởng từ nhu mô gan phải và phân thùy bên có vài nốt tổn thương, lớn nhất ở phân thùy bên kích thước 27x12mm, nhu mô HPT VI có nốt 8 x 12mm, HPT VIII có nốt 12x15mm, kết quả sinh thiết gan trước mổ cho thấy đặc điểm mô học phù hợp với u nội mô mạch máu dạng biểu mô - một bệnh lý hiếm gặp và dễ bị chẩn đoán nhầm. Sau hội chẩn đa chuyên khoa, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ khối u. Ca mổ diễn ra thuận lợi, các khối u được lấy trọn, không xâm lấn mạch máu lớn hay cơ quan lân cận. Giải phẫu bệnh sau mổ và nhuộm hóa mô miễn dịch xác nhận lại chẩn đoán. Bệnh nhân hồi phục tốt, không ghi nhận biến chứng và được theo dõi định kỳ. Trường hợp này góp phần làm rõ đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và nhấn mạnh vai trò của mô bệnh học trong chẩn đoán bệnh lý hiếm gặp này.

Từ khóa: U nội mô mạch máu dạng biểu mô, ung thư gan, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nội mô mạch máu dạng biểu mô (Epithelioid Hemangioendothelioma - EHE) là một loại u hiếm có nguồn gốc từ tế bào nội mô mạch máu, trong đó thể bệnh tại gan (HEHE) đặc biệt hiếm gặp, với tỷ lệ mắc chỉ khoảng 1 - 2 trường hợp trên một triệu dân.¹ Chính vì sự hiếm gặp và biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng không đặc hiệu, HEHE thường bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý gan phổ biến khác như ung thư biểu mô tế bào gan, ung thư đường mật hoặc các khối u di căn. Do tính hiếm gặp nên HEHE chưa có hướng dẫn chẩn đoán và điều trị mà thường dựa trên từng trường hợp cụ thể. Tại Việt Nam, đã có những báo cáo ca lâm sàng về bệnh lý tương tự, tuy nhiên chưa đề cập đến các vấn đề liên quan đến phẫu thuật điều trị bệnh.^{2,3} Nhân một trường hợp

điều trị phẫu thuật thành công tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi điểm lại y văn và đề xuất thêm một hướng tiếp cận trong điều trị bệnh lý hiếm gặp này.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 37 tuổi, không có tiền sử bệnh lý, đi khám với triệu chứng đau tức vùng hạ sườn phải kèm sút cân nhẹ vài tuần. Khám lâm sàng, nội soi đại trực tràng, dạ dày, chụp X-quang ngực và các xét nghiệm cơ bản, chất chỉ điểm khối u không có bất thường. Siêu âm ổ bụng thấy nhu mô gan hai bên có các nốt hỗn hợp âm có phần trung tâm tăng âm nhẹ, phần ngoại vi giảm âm, nốt lớn kích thước 23x21mm (Hình 1A, B). Kết quả chụp cộng hưởng từ (CHT) gan mật: nhu mô gan phải và phân thùy bên có vài nốt tổn thương (đặc điểm được mô tả trong Hình 2A, B). Kết quả hình ảnh mô bệnh học và sự bộc lộ hoá mô miễn dịch phù hợp nhiều với HEHE (Hình 3).

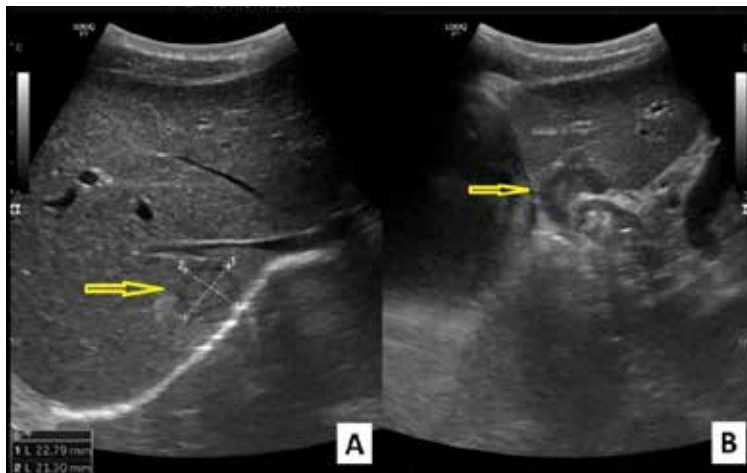
Tác giả liên hệ: Nguyễn Đức Anh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

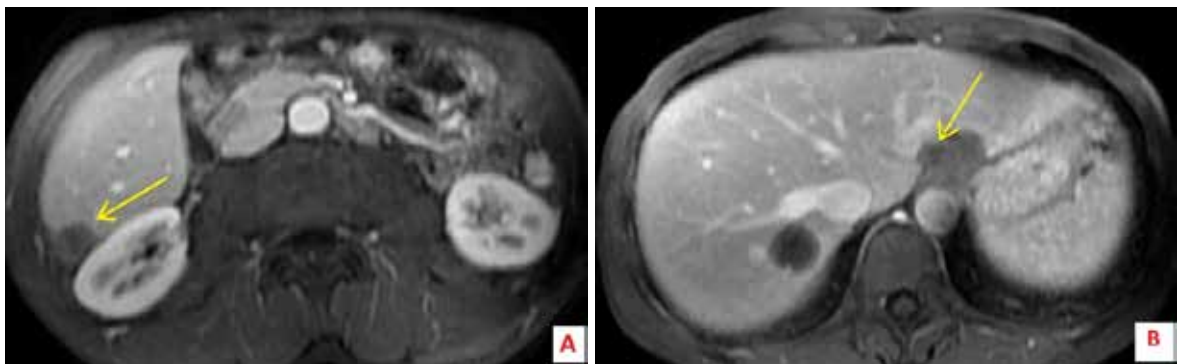
Email: ducanhnguyen14hmu@gmail.com

Ngày nhận: 04/11/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

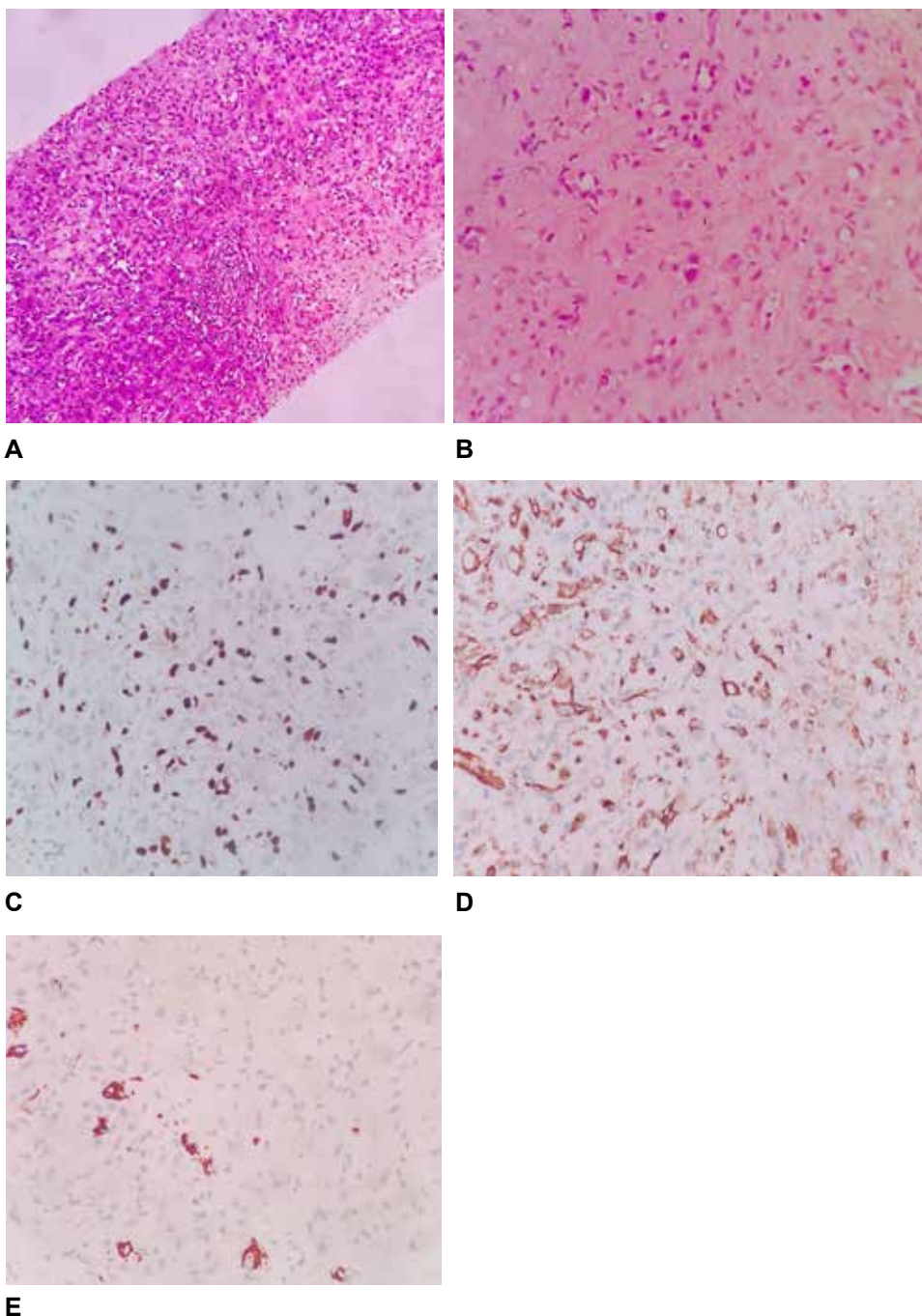


Hình 1. Trên siêu âm, nhu mô gan có nhiều nốt hỗn hợp âm có phần trung tâm tăng âm nhẹ, phần ngoại vi giảm âm



Hình 2. Trên CHT, nhu mô gan phải và phân thùy bên có vài nốt tổn thương, lớn nhất ở phân thùy bên kích thước 27x12mm, giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, có phần hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, sau tiêm ngấm thuốc kém so với nhu mô gan, chủ yếu ngấm ở ngoại vi

Ngoài ra, nhu mô HPT VII có nốt tăng tín hiệu trên T2W, không hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, sau tiêm ngấm thuốc tăng dần từ ngoại vi vào trung tâm, kích thước ~8x12mm, bờ đều, ranh giới rõ. (Mũi tên màu vàng: Hình ảnh tĩnh mạch cửa đi vào và kết thúc ở ngoại vi của tổn thương giống hình cây kẹo mút - “lollipop sign”)

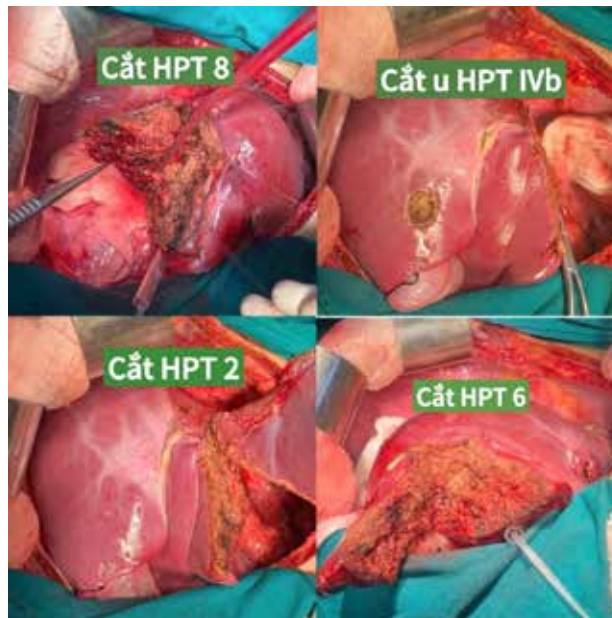


Hình 3. Tiêu bản nhuộm Hematoxylin - Eosin, thấy mô gan có u (hình A, x100)

Tế bào u nhân lớn, không đều, đứng lệch ngoại vi, bào tương hẹp, bắt màu sang đến ái toan, đứng rời rạc trên nền mô đệm xơ (hình B, x400). Nhuộm hóa mô miễn dịch, tế bào u dương tính nhân với dấu ấn ERG (hình C, x400), dương tính màng bào tương với dấu ấn CD 34 (hình D, x400), âm tính với dấu ấn Heppar 1 (hình E, x400)

Bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng (có đánh giá bằng siêu âm trong mổ), cắt gan bao gồm: cắt gan hạ phân thùy II, V, VI và VIII, cắt u gan hạ phân thùy IVb, đánh giá nhu mô gan lành còn lại không có u. Quá trình phẫu thuật và

sau mổ diễn biến thuật lợi, bệnh nhân ra viện sau mổ 5 ngày. Bệnh nhân tái khám lại sau ra viện 1 tháng và 3 tháng, lâm sàng không có bất thường, siêu âm ổ bụng có ít dịch mỏng dưới gan, không thấy khối bất thường nhu mô gan.



Hình 4. Cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng: Đường mổ hình chữ J bên phải, ổ bụng không có dịch, phúc mạc không có khối. Gan hai thùy hồng, đánh giá nhu mô gan (phối hợp siêu âm trong mổ) có các khối u vị trí Sg 2 (2,5cm), Sg 6 (2cm), Sg 8 (1,5cm) và u Sg IVb (1cm). Tĩnh mạch cửa, các tĩnh mạch gan không thấy huyết khối

III. BÀN LUẬN

Chẩn đoán phân biệt u nội mô mạch máu dạng biểu mô ở gan (HEHE) với các loại u gan khác là một thách thức lớn do tính chất hiếm

gặp và biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. HEHE cần được chẩn đoán phân biệt với các loại u gan phổ biến hơn như:

Bảng 1. Phân biệt HEHE với các loại u thường gặp khác trên CDHA

Loại khối u	Yếu tố nguy cơ/ dịch tễ	Đặc điểm hình ảnh	Phân biệt với HEHE
Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC)	Viêm gan B, C, xơ gan	Tăng ngấm thuốc thì động mạch, rửa thuốc thì tĩnh mạch/muộn (washout sign). ⁴	HEHE: tổn thương giảm đậm độ, viền tăng sinh mạch máu, không có washout điển hình ⁵

Loại khối u	Yếu tố nguy cơ/ dịch tễ	Đặc điểm hình ảnh	Phân biệt với HEHE
Ung thư biểu mô đường mật trong gan (ICC)	Bệnh lý đường mật, sỏi mật tái phát, nhiễm kí sinh trùng đường mật	Khối u lớn, không đồng nhất, gây giãn đường mật. ⁶	HEHE: nhiều nốt nhỏ, không gây giãn đường mật
U máu (Hemangioma)	U lành thường gặp nhất của gan	Ngấm thuốc từ ngoại vi vào trung tâm dần dần. ⁶	HEHE: khó phân biệt trên hình ảnh, thường cần mô bệnh học
U mạch máu ác tính (Angiosarcoma)	Hiếm gặp, không đáng hiệu	Xâm lấn mạch nhiều, hình ảnh ác tính rõ. ⁶	HEHE: ít xâm lấn mạch hơn, cần mô bệnh học và hóa mô miễn dịch để phân biệt
Di căn gan	Nguồn gốc từ khối u ác tính cơ quan khác (đại trực tràng, dạ dày, thực quản...)	Nhiều tổn thương đa vị trí, kích thước và hình dạng không đồng nhất. ⁶	HEHE: thường nhiều nốt nhỏ, cần mô bệnh học và hóa mô miễn dịch để phân biệt

Phẫu thuật cắt gan được xem là một trong những phương pháp điều trị triệt căn đối với u nội mô mạch máu dạng biểu mô ở gan (HEHE), đặc biệt trong các trường hợp khối u khu trú và không có di căn xa.^{5,7} Tuy nhiên, do tính chất hiếm gặp và diễn tiến chậm của HEHE, việc quyết định phẫu thuật cần được cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên các yếu tố lâm sàng và hình ảnh học. Cắt gan điều trị HEHE không chỉ cắt bỏ hết tổn thương u mà còn phải đảm bảo đủ thể tích phần gan lành còn lại.

Phẫu thuật cắt gan loại bỏ hoàn toàn khối u, cải thiện đáng kể thời gian sống không bệnh và tổng thời gian sống ở bệnh nhân HEHE.^{7,8} Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan cũng có các thách thức, bao gồm: HEHE thường có xu hướng xuất hiện đa ổ làm tăng mức độ phức tạp trong xác định phần gan phải cắt bỏ. Bên cạnh đó, chảy máu, rò mật, suy gan sau mổ cũng là các biến chứng cần được đánh giá và theo dõi sát sau phẫu thuật cắt bỏ nhiều phần gan. Ngoài cắt gan, ghép gan có thể là lựa chọn hiệu quả khi người bệnh không còn chỉ định cắt gan.⁷

Các phương pháp không phẫu thuật như hóa trị, xạ trị hoặc điều trị đích thường được áp dụng cho bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật. Nói cách khác, với bệnh nhân mắc HEHE, hóa trị và xạ trị thường không phải lựa chọn điều trị chính. Điều trị đích và các liệu pháp mới có thể được cân nhắc trong trường hợp tiến triển hoặc không thể phẫu thuật, nhưng bằng chứng còn hạn chế.^{9,10}

Việc lập kế hoạch và trước phẫu thuật cắt gan đóng vai trò chủ chốt khi chỉ định cắt gan điều trị HEHE.¹¹ Chức năng gan được đánh giá dựa vào một số phương pháp như đo độ thanh lọc Indocyanine Green (ICG), các thang điểm như Child-Pugh Score, MELD Score (Model for End-stage Liver Disease)... Về phương diện chẩn đoán hình ảnh, cần đánh giá vị trí, kích thước, số lượng khối u, tình trạng mạch máu và đo thể tích gan (phần cắt bỏ và phần còn lại).

Do tính chất hiếm gặp cũng như biểu hiện lâm sàng đa dạng, hiện tại vẫn chưa có sự thống nhất về phác đồ điều trị tiêu chuẩn cho những bệnh nhân bị HEHE. Trong nghiên cứu

tổng quan về HEHE, tập trung vào phương pháp điều trị phẫu thuật (cắt gan và ghép gan) được thực hiện bởi Mehrabi và cộng sự năm 2006 đăng trên tạp chí Cancer, phân tích dữ liệu từ 434 bệnh nhân HEHE được ghi nhận từ năm 1984 đến thời điểm nghiên cứu, kết quả cho thấy phẫu thuật cắt gan mang lại tỉ lệ sống sót sau 1 năm và 5 năm lần lượt là 100% và 75%, trong khi ghép gan cũng đạt tỷ lệ sống sót cao (54,8 - 75% sống sót sau 5 năm), đặc biệt ở các trường hợp có tổn thương đa ổ hoặc chức năng gan bị suy giảm.⁸ Năm 2025, Aleksandra Serafin và cộng sự trong nghiên cứu tổng quan hệ thống về HEHE, cho thấy tỷ lệ sống 5 năm thường đạt khoảng 60 - 80% ở bệnh nhân được cắt gan triệt để (R0), tỉ lệ sống không bệnh (DFS) sau 5 năm thường dao động 40 - 65%, phản ánh tỷ lệ tái phát khoảng 30 - 50%. Tái phát thường xuất hiện ở phổi hoặc xương hơn là trong gan. Một số trường hợp có thể điều trị lại bằng phẫu thuật hoặc phương pháp tại chỗ (đốt sóng cao tần, đốt vi sóng). Ghép gan mang lại tỷ lệ sống cao ở bệnh nhân đa ổ/hai thùy, với nhiều nghiên cứu ghi nhận OS 5 năm đạt 70 - 85%, tái phát sau ghép gan không hiếm và thường xuất hiện ngoài gan. Các yếu tố nguy cơ gồm xâm lấn mạch lớn và di căn hạch, do đó cần đánh giá giai đoạn kỹ lưỡng trước ghép và theo dõi tiến triển bệnh.⁹

Một nghiên cứu hồi cứu năm 2019 đăng trên tạp chí World Journal of Surgical Oncology trên 12 bệnh nhân HEHE được điều trị phẫu thuật, đốt sóng cao tần hoặc theo dõi đơn thuần tại bệnh viện đại học Chiết Giang (Trung Quốc) từ năm 2011 - 2017 bởi tác giả Linping Cao và cộng sự,⁷ liver resection (LR kết quả trong thời gian theo dõi trung bình $39,6 \pm 20,1$ tháng, 2 bệnh nhân ghép gan không có tái phát tại thời điểm theo dõi cuối cùng, 3 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan đều tái phát, 1 bệnh nhân đốt sóng cao tần và duy trì tình trạng không bệnh, 6 bệnh nhân theo dõi đơn thuần có 1

bệnh nhân tử vong sau 32 tháng.

Khi có nhiều khối u lan tỏa, có bằng chứng di căn xa hoặc người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật, hóa chất, xạ trị hoặc điều trị đích là các lựa chọn. Hóa trị có thể làm giảm nhẹ triệu chứng và cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh nhân, tuy nhiên hiệu quả của hóa trị phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể, bao gồm mức độ tiến triển của bệnh và đáp ứng của cơ thể với phác đồ điều trị.⁷ liver resection (LR

Nghiên cứu báo cáo ca phẫu thuật cắt gan điều trị HEHE còn tồn tại một số hạn chế. Kết quả được phân tích chủ yếu dưới góc độ phẫu thuật, chưa phản ánh đầy đủ các phương thức điều trị khác. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu đoàn hệ lớn, đa trung tâm để củng cố bằng chứng và xây dựng hướng dẫn điều trị chuẩn hóa cho HEHE.

IV. KẾT LUẬN

U nội mạch máu dạng biểu mô gan là tổn thương hiếm gặp, khó phân biệt với các tổn thương ác tính khác ở gan trên hình ảnh siêu âm hoặc MRI gan mật. Chỉ định cắt gan, có thể kết hợp với RFA trong mổ với các ca bệnh có khối u nằm ở vị trí có thể cắt bỏ được nhằm loại bỏ triệt để u gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sardaro A, Bardoscia L, Petruzzelli MF, Portaluri M. Epithelioid hemangioendothelioma: an overview and update on a rare vascular tumor. *Oncol Rev*. Published online October 13, 2014. doi:10.4081/oncol.2014.259.
2. Nguyễn Minh Anh, Nguyễn Trung Kiên, Phạm Hồng Đức. Dấu hiệu "lollipop" của u nội mô mạch máu dạng biểu mô gan (HEHE): Báo cáo chùm ca lâm sàng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024; 180(7): 372-378. doi:10.52852/tcnchy.v180i7.2516.
3. Đỗ Anh Tú, Vũ Hồng Thăng, Nguyễn Thị Hồng. U nội mô huyết quản dạng biểu mô ở

gan: Nhân một trường hợp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 534(Số 1): 301-304.

4. Gaillard F. Hepatocellular carcinoma | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org. Radiopaedia. doi:10.53347/rID-1442.

5. Kou K, Chen YG, Zhou JP, et al. Hepatic epithelioid hemangioendothelioma: Update on diagnosis and therapy. *WJCC*. 2020; 8(18): 3978-3987. doi:10.12998/wjcc.v8.i18.3978.

6. Gaillard F. Liver tumors | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org. Radiopaedia. doi:10.53347/rID-6889.

7. Cao L, Hong J, Zhou L, et al. Selection of treatment for hepatic epithelioid hemangioendothelioma: a single-center experience. *World J Surg Onc*. 2019; 17(1): 183. doi:10.1186/s12957-019-1729-y.

8. Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, et al. Primary malignant hepatic epithelioid hemangioendothelioma: A comprehensive

review of the literature with emphasis on the surgical therapy. *Cancer*. 2006; 107(9): 2108-2121. doi:10.1002/cncr.22225.

9. Serafin A, Suchołbiak A, Baran K, et al. Hepatoepithelioid hemangioendothelioma (HEHE): A comprehensive review of pathogenesis, characteristic features, diagnostic strategies and treatment approaches with the emphasis of surgical therapies. *Quality in Sport*. 2025; 43: 62330-62330. doi:10.12775/QS.2025.43.62330.

10. Liu X, Yang P, Liu L, et al. Long-term prognosis and treatment modalities of hepatic epithelioid hemangioendothelioma: a retrospective study of 228 patients. *BMC Cancer*. 2024; 24(1): 1285. doi:10.1186/s12885-024-13053-4.

11. Arntz P, Olthof PB. Assessment of liver function before major hepatectomy. *Br J Surg*. 2023; 110(12): 1588-1589. doi:10.1093/bjs/znad216.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF EPITHELIOID HEMANGIOENDOTHELIOMA IN THE LIVER: A CASE REPORT

Epithelioid hemangioendothelioma (EHE) of the liver is a rare vascular tumor that is often misdiagnosed as hepatocellular carcinoma or metastatic lesions. Histopathology plays a crucial role in establishing an accurate diagnosis. A 37-year-old male with no prior medical history, presenting with right upper quadrant pain and mild weight loss over several weeks. Clinical examination was unremarkable. Magnetic resonance imaging revealed multiple hepatic nodules: the largest measuring 27×12mm in the left lateral segment, with additional lesions in segment VI (8×12mm) and segment VIII (12×15mm). A preoperative liver biopsy was performed. Histological findings were consistent with hepatic EHE. After multidisciplinary consultation, the patient underwent surgical resection. The operation was successful, with complete removal of the tumors and no invasion of major vessels or adjacent organs. Postoperative pathology and immunohistochemistry confirmed the diagnosis. The patient recovered well, with no complication, and remains under regular follow-up. This case contributes to the characterization of clinical and imaging features of HEHE and emphasizes the indispensable role of histopathology in achieving diagnostic accuracy for this rare disease.

Keywords: Epithelioid Hemangioendothelioma, liver cancer, computed tomography, magnetic resonance imaging.