

Báo cáo trường hợp

Ba khối ung thư biểu mô đại tràng nguyên phát với dưới típ mô bệnh học khác nhau - Báo cáo một trường hợp lâm sàng hiếm gặp

Lương Việt Bằng*, Nguyễn Thị Phương Anh, Phạm Thị Thảo Phương, Trịnh Tuấn Dũng

Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Lương Việt Bằng; Email: banglv@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài (Received): 02/05/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 18/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.37

Tóm tắt

Bối cảnh: Đa ung thư đại trực tràng nguyên phát là sự xuất hiện của nhiều hơn một khối u ác tính nguyên phát ở đại trực tràng, là một bệnh cảnh lâm sàng không thường gặp có thể gây khó khăn trong điều trị và tiên lượng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp đa ung thư đại tràng nguyên phát đầu tiên được ghi nhận và điều trị thành công tại cơ sở của mình, với ba khối ung thư biểu mô tuyến thuộc ba dưới típ mô bệnh học khác nhau.

Trình bày ca bệnh: Nữ giới 73 tuổi, đi khám vì đau bụng và mệt mỏi kéo dài. Kết quả nội soi cho thấy bệnh nhân có ba khối u ở đại tràng lên và đại tràng ngang. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải mở rộng. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ba khối ung thư biểu mô đại tràng nguyên phát với dưới típ mô bệnh học khác nhau là ung thư biểu mô không biệt hóa, ung thư biểu mô tuyến nhầy và ung thư biểu mô tuyến thông thường. Theo dõi 15 tháng sau mổ không có tái phát.

Kết luận: Đa ung thư đại trực tràng nguyên phát có sự phức tạp về lâm sàng và giải phẫu bệnh. Cần nâng cao nhận thức cũng như có thêm các nghiên cứu chuyên sâu về thực thể này.

Từ khóa: đa ung thư đại tràng nguyên phát; đa u nguyên phát ác tính; ung thư đại trực tràng.

Triple primary colon carcinoma with different histologic subtypes - A case report of rare clinical scenario

Luong Viet Bang*, Nguyen Thi Phuong Anh, Pham Thi Thao Phuong, Trinh Tuan Dung

Department of Pathology, Tam Anh General Hospital

Abstract

Background: Multiple primary colorectal cancer is defined as the presence of more than one malignant primary tumor in colorectum, which is an uncommon clinical scenario which could pose a challenge in treatment and prognosis. We report the first case of multiple primary colorectal cancer documented and treated successfully in our facility with triple adenocarcinoma belonging to three different histologic subtypes.

Case presentation: A 73-year-old woman presented with prolonged abdominal pain and malaise. Endoscopic examination showed three tumors in ascending and transverse colons. Extended right hemicolectomy was performed. Post-surgical pathological result revealed triple primary colon carcinoma with different histologic subtypes - undifferentiated carcinoma, mucinous adenocarcinoma and adenocarcinoma not otherwise specified. Fifteen months post-surgery, no locoregional recurrence was found.

Conclusion: Multiple primary colorectal cancers exhibit complicated clinical and pathohistological presentations. Increased awareness and further in-depth research on this entity are essential.

Keywords: multiple primary colorectal cancer; multiple primary malignant neoplasms; colorectal cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là ung thư đường tiêu hóa thường gặp nhất trên thế giới, đứng thứ ba về số ca mắc mới và thứ hai về số ca tử vong ở cả hai giới [1]. Đa ung thư đại trực tràng nguyên phát (Multiple primary colorectal cancer - MPCC) là một bệnh cảnh lâm sàng không thường gặp của ung thư đại trực

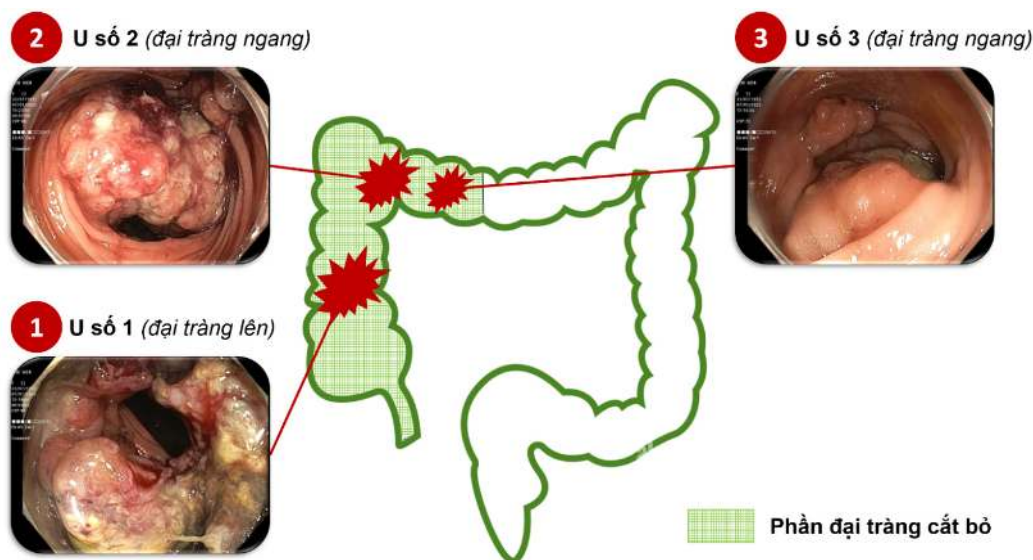
tràng và có thể gây khó khăn trong chẩn đoán, điều trị cũng như tiên lượng bệnh [2]. Với sự tiến bộ của các phương tiện nội soi tiêu hóa và chẩn đoán hình ảnh, tỷ lệ của MPCC có xu hướng tăng lên [2]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp MPCC 3 ổ với 3 dưới típ mô bệnh học khác nhau được điều trị thành công tại cơ sở của mình.

2. CA BỆNH

Một phụ nữ 73 tuổi vào viện vì đau bụng phải và mệt mỏi, kéo dài hơn 3 tháng. Tiền sử gia đình không có ai bị ung thư đại trực tràng. Khám lúc vào viện bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm mạc nhợt, đau bụng âm ỉ vùng hố chậu phải, sờ thấy mảng lớn vùng hố chậu phải, không có phản ứng thành bụng. Dấu hiệu sinh tồn: mạch 120 lần/phút, huyết áp 118/84 mmHg, nhịp thở 19 lần/phút, nhiệt độ 36,5°C. Kết quả công thức máu và hóa sinh khi nhập viện cho thấy bệnh nhân có thiếu máu nhược sắc hồng cầu

nhỏ (RBC 3,42T/L, hemoglobin 7,9 g/dL, hematocrit 0,258, MCV 75,4fL, MCH 23,1 pg, MCHC 30,6 g/dL) và có tăng CEA máu (201 ng/mL).

Bệnh nhân được nội soi đại tràng và phát hiện có 03 khối u (Hình 1). Khối u số 1 ở đại tràng lên, kích thước 7,5 cm, dạng vòng nhẫn chiếm toàn bộ chu vi. Khối u số 2 dạng sùi ở đại tràng ngang, kích thước 5 cm, chiếm một phần chu vi, cách rìa hậu môn 70 cm. Khối u số 3 dạng polyp cũng ở đại tràng ngang, kích thước 1,8 cm, cách rìa hậu môn 66 cm. 2 khối u đầu đều dễ chảy máu khi chạm vào.



Hình 1. Vị trí các khối u ở đại tràng và hình ảnh tương ứng trên nội soi

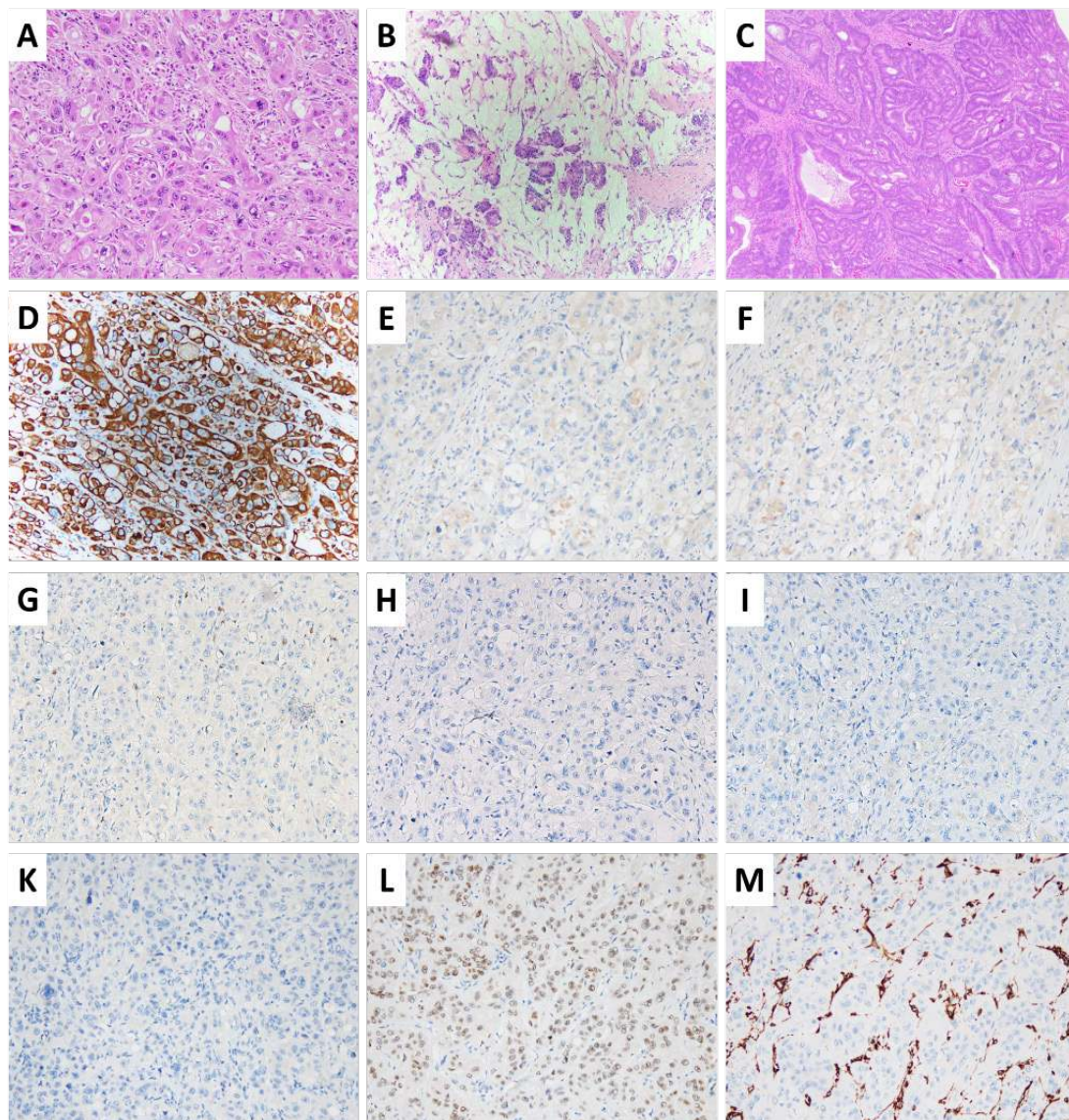
Trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) ngực bụng, bệnh nhân có dày thành không đều đại tràng phải và nửa phải đại tràng ngang, chỗ dày nhất 30 mm và trên đoạn dài 93 mm, có thâm nhiễm mạc nối - mạc treo kèm một số hạch nhỏ lân cận (hình 2); chưa thấy di căn ở phổi, gan, tụy, lách, thận và tuyến thượng thận. Bệnh nhân cũng được chụp cộng hưởng từ sọ não và chưa thấy tổn thương thứ phát.



Hình 2. CLVT ổ bụng. Dày thành không đều đại tràng phải và nửa phải đại tràng ngang

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng phải mở rộng. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy các khối u số 1, 2, 3 lần lượt là ung thư biểu mô không biệt hóa (Undifferentiated carcinoma, ICD-O 8020/3), ung thư biểu mô tuyến chế nhầy (Mucinous adenocarcinoma, ICD-O 8480/3) và ung thư biểu mô tuyến thể thông thường (Adenocarcinoma not otherwise specified, ICD-O 8140/3) (hình 3). Khối u số 1 đã được nhuộm hóa mô miễn dịch để chẩn đoán xác định, theo đó các tế bào u dương tính với CK và SATB2, âm tính hoàn toàn với CK7, CK20, p40, CD56, Synaptophysin,

Chromogranin và Vimentin. Các khối u số 1 và số 2 đã xâm nhập phá vỡ thanh mạc còn khối u số 3 xâm nhập đến hạ niêm mạc. 53 hạch vùng tìm được và diện cắt hai đầu đoạn ruột đều không có tế bào u. Giai đoạn TNM sau phẫu thuật là pT4a(m) pN0 cM0, giai đoạn IIB. Các khối u được làm xét nghiệm giải trình tự gene thể hệ mới (K-Track™, hệ thống NextSeq, Illumina) và không phát hiện đột biến có ý nghĩa điều trị nhắm trúng đích cũng như không có tình trạng mất ổn định vi vệ tinh.



Hình 3. Hình ảnh vi thể. Nhuộm Hematoxylin - Eosin: A - U số 1 (độ phóng đại $\times 200$), B - U số 2 (độ phóng đại $\times 200$), C - U số 3 (độ phóng đại $\times 100$)

Nhuộm hóa mô miễn dịch: Các tế bào của u số 1 dương tính với CK và SATB2 (D, L), âm tính với CK7 (E), CK20 (F), CD56 (G), Synaptophysin (H), Chromogranin (I), p40 (K) và Vimentin (M)

Bệnh nhân được hóa trị bổ trợ 6 chu kỳ với phác đồ CAPEOX (Capecitabine + Oxaliplatin). Theo dõi 15 tháng sau phẫu thuật sức khỏe bệnh nhân ổn định, không còn tình trạng thiếu máu, không thấy tái phát hoặc di căn xa.

Y đức

Việc sử dụng các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng trong bài báo cáo ca bệnh này đã được sự đồng thuận của người bệnh.

3. BÀN LUẬN

MPCC là tình trạng có nhiều hơn một khối u ác tính nguyên phát ở đại trực tràng. MPCC chiếm 1,2 - 8,4% các trường hợp ung thư đại trực tràng, trong đó 8,45% có từ 3 khối u trở lên [2]. Khoảng 50% trường hợp các khối u nằm cùng đoạn hoặc cùng bên đại tràng [2-4]. Các yếu tố nguy cơ của MPCC có thể kể đến như bệnh ruột viêm, hội chứng Lynch, các hội chứng đa polyp và các bệnh đại tràng di truyền khác [2, 5]. Căn cứ vào thời điểm phát hiện của các khối u khác so với khối u đầu tiên, MPCC được coi là đồng thời (synchronous) nếu khoảng thời gian này không quá 6 tháng và được coi là không đồng thời (metachronous) nếu ngược lại. [6] MPCC đồng thời (SMPCC) có thời gian sống thêm ngắn hơn so với ung thư đại trực tràng đơn ổ [2-4].

Trong SMPCC, việc phát hiện tất cả các khối u trước mổ có ý nghĩa quan trọng vì vị trí và số lượng khối u sẽ quyết định phương pháp phẫu thuật. SMPCC có thể bị bỏ sót khi không khảo sát được toàn bộ đại tràng, ví dụ như có khối u lớn ở phần xa đại tràng gây chít hẹp làm dây nội soi không qua được. Các trường hợp như vậy được khuyến cáo chụp CLVT đại tràng hoặc nội soi đại tràng trong phẫu thuật để tránh bỏ sót u [7, 8]. Các trường hợp SMPCC cũng cần chẩn đoán phân biệt với ung thư di căn từ ngoài đại tràng và các ổ di căn trong đại tràng từ một khối u ban đầu. Việc loại trừ các u di căn từ bên ngoài có thể dựa vào lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, sự có mặt của tổn thương tiền ung thư kế cận và sự biểu hiện các dấu ấn hóa mô miễn dịch định hướng nguồn gốc đại tràng như CDX2 và SATB2. Việc phân biệt SMPCC với các ổ di căn trong đại tràng từ một khối u ban đầu có thể dựa vào khác biệt về hình thái mô bệnh học và sự có mặt của tổn thương tiền ung thư [9]. Các trường hợp khó có thể dựa vào hồ sơ phân tử u (tumor profiling) để phân biệt nguồn gốc [9].

SMPCC hiện nay chưa có hướng dẫn điều trị tiêu chuẩn. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính với thực thể này [2, 7, 10]. Trong trường hợp các khối u ở cùng một đoạn hoặc những đoạn liền kề nhau, phẫu thuật viên có thể lựa chọn cắt nửa đại tràng

hoặc cắt nửa đại tràng mở rộng với đoạn liền kề [3]. Nếu các khối u nằm ở các đoạn xa nhau, cần xem xét cắt gần toàn bộ/toàn bộ đại tràng hoặc cắt hai đoạn riêng biệt [3]. Xếp giai đoạn TNM cuối cùng cho SMPCC dựa trên phân độ T, N và M cao nhất của các khối u [11]. Điều trị bổ trợ sau mổ sẽ căn cứ vào giai đoạn TNM này, tình trạng vi vệ tinh, tình trạng chức năng protein sửa chữa ghép cặp sai, sự có mặt của các gene có ý nghĩa điều trị nhắm trúng đích và một số yếu tố tiên lượng khác [12].

Bệnh nhân của chúng tôi là một trường hợp rất hiếm gặp trong ung thư đại trực tràng nói chung và các trường hợp MPCC nói riêng, với 3 khối u xuất hiện đồng thời với 3 dưới tip mô bệnh học khác nhau của ung thư biểu mô đại trực tràng. Bệnh nhân cũng không có các yếu tố nguy cơ điển hình của MPCC như các hội chứng đa polyp, gợi ý sự hình thành các khối u này có thể từ đột biến mới phát sinh và có tính chất đa dòng, tuy nhiên chưa có hồ sơ phân tử u để khẳng định. Sự có mặt của ung thư biểu mô không biệt hóa ở khối u số 1 cũng là một đặc điểm đáng chú ý. Đây là một dưới tip hiếm và có tiên lượng xấu của ung thư đại trực tràng, được định nghĩa là một ung thư biểu mô mà không có bằng chứng về mức độ biệt hóa cao hơn và phải chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô dạng tủy (Medullary carcinoma) [13]. Dưới tip này là một chẩn đoán loại trừ và do đó chúng tôi đã nhuộm hóa mô miễn dịch trên khối u số 1 để chẩn đoán xác định. Các tế bào u chỉ dương tính với một dấu ấn biểu mô là CK và dấu ấn định hướng nguồn gốc đại tràng là SATB2 trong khi âm tính với các dấu ấn biệt hóa tuyến (CK7, CK20), biệt hóa vảy (p40), biệt hóa thần kinh nội tiết (CD56, Synaptophysin và Chromogranin) và dấu ấn trung mô là Vimentin. Kiểu hình miễn dịch này phù hợp với định nghĩa nêu trên của WHO. Dưới tip ung thư biểu mô dạng tủy cũng được loại trừ vì khối u số 1 có bờ kiểu thâm nhiễm, không có kiểu phát triển dạng hợp bào và cũng không có mô đệm giàu lympho - tương bào [13].

Trước mổ, bệnh nhân đã được khảo sát toàn bộ khung đại tràng cũng như trên CLVT để xác định chính xác số lượng, vị trí và phạm vi tổn thương. Phương pháp phẫu thuật phù hợp và được lựa chọn là cắt nửa đại tràng phải mở rộng do 3 khối u đều nằm ở nửa phải của đại tràng. Mặc dù 2 trong 3 khối u pT4a, trong đó có 1 ung thư biểu mô không biệt hóa và có xâm nhập mạch, bệnh nhân có tiên lượng khá tốt khi các hạch vùng tìm được đều âm tính và tại thời điểm chẩn đoán cũng chưa phát hiện di căn xa. Bệnh nhân đáp ứng tốt với hóa trị bổ trợ, theo dõi sau phẫu thuật không thấy tái phát hoặc di căn xa.

5. KẾT LUẬN

Đây là trường hợp đa ung thư đại trực tràng nguyên phát đồng thời đầu tiên được ghi nhận tại cơ sở của chúng tôi với nhiều đặc điểm đáng lưu ý như sự đa dạng về hình thái vi thể, sự có mặt của dưới típ mô bệnh học và kết quả điều trị tốt mặc dù có u xâm nhập sâu và tính chất ác tính cao. Những điều này cho thấy sự phức tạp về lâm sàng cũng như giải phẫu bệnh của đa ung thư đại trực tràng nguyên phát đồng thời so với ung thư đại trực tràng đơn ổ, cho thấy cần có thêm các nghiên cứu chuyên sâu về thực thể này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229–263
2. Zhang X, Hu Y, Deng K, Ren W, Zhang J, Liu C, et al. Developing prognostic nomograms to predict overall survival and cancer-specific survival in synchronous multiple primary colorectal cancer based on the SEER database. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2023;149(15): 14057-14070
3. Bos ACRK, Matthijsen RA, van Erning FN, van Oijen MGH, Rutten HJT, Lemmens VEPP. Treatment and Outcome of Synchronous Colorectal Carcinomas: A Nationwide Study. *Ann Surg Oncol*. 2018 Feb;25(2):414–421.
4. He W, Zheng C, Wang Y, Dan J, Zhu M, Wei M, et al. Prognosis of synchronous colorectal carcinoma compared to solitary colorectal carcinoma: a matched pair analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2019 Dec;31(12):1489–1495.
5. Lindberg LJ, Wegen-Haitsma W, Ladelund S, Smith-Hansen L, Therkildsen C, Bernstein I, et al. Risk of multiple colorectal cancer development depends on age and subgroup in individuals with hereditary predisposition. *Fam Cancer*. 2019 Apr;18(2):183–191
6. Working Group Report. International rules for multiple primary cancers (ICD-O third edition). *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organization (ECP)* 2005; 14: 307–308
7. Chin C-C, Kuo Y-H, Chiang J-M. Synchronous colorectal carcinoma: predisposing factors and characteristics. *Colorectal Dis* 2019; 21: 432–440
8. Flor N, Ceretti AP, Luigiano C, Brambillasca P, Savoldi AP, Verrusio C, et al. Performance of CT Colonography in Diagnosis of Synchronous Colonic Lesions in Patients With Occlusive Colorectal Cancer. *AJR Am J Roentgenol*. 2020 Feb;214(2):348–354
9. Simmer F, Van Der Linden RLA, Ligtenberg MJL, Ylstra B, Van Der Post RS, Nagtegaal ID, et al. Multifocal Colorectal Cancer—Do Intraluminal Metastases Occur? *Gastroenterology*. 2021 Apr;160(5):1853–1855
10. Zhao Y, Wu J, Pei F, Zhang Y, Bai S, Shi L, et al. Molecular Typing and Clinical Characteristics of Synchronous Multiple Primary Colorectal Cancer. *JAMA Netw Open*. 2022 Nov 23;5(11):[11 screens]. Available from: URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2798904>
11. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Washington MK, Gershenwald JE, et al., editors. *Principles of Cancer Staging*. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 08th ed. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 03–30.
12. National Comprehensive Cancer Network. *National Comprehensive Cancer Network - Clinical Practice Guideline in Oncology: Colon Cancers (Version 2.2026)* [Online]. 2026 [cited 2026 Apr 25];[249 screens]. Available from: URL: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf
13. Nagtegaal ID, Arends MJ, Salto-Tellez M. Colorectal adenocarcinoma. In: *WHO classification of Digestive system tumours*. 5th ed. Lyon: International agency for research on cancer; 2019. (World health organization classification of tumours; no. 5). P. 177-187