

Báo cáo trường hợp

Bệnh giãn mạch máu ở gan giả di căn gan ở bệnh nhân ung thư đại tràng: báo cáo ca bệnh và thách thức chẩn đoán

Lê Hải Giang^{1,2*}, Dương Đình Toán^{1,2}, Nguyễn Văn Hưng^{1,2}, Lê Xuân Lương³

¹Bộ môn Giải phẫu bệnh, Khoa Khoa học y sinh, Trường Đại học Y Dược Phenikaa

²Khoa Giải phẫu bệnh - tế bào học, Bệnh viện Đại học Phenikaa

³Khoa Ung bướu, Bệnh viện đa khoa Phố Nối

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Lê Hải Giang; Email: giang.lehai@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 03/05/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 25/05/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.38

Tóm tắt

Bối cảnh: Bệnh giãn mạch máu ở gan (Peliosis hepatis) là một bệnh lý hiếm gặp của gan, đặc trưng bởi sự xuất hiện của các khoang chứa máu trong nhu mô gan, có thể giả hình ảnh các tổn thương ác tính trên chẩn đoán hình ảnh.

Trình bày ca bệnh: Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 42 tuổi được phát hiện tổn thương gan đa ổ trong quá trình đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng ngang. Hình ảnh CT và MRI gợi ý tổn thương ác tính, nghi ngờ di căn gan, tuy nhiên PET/CT lại không ghi nhận tăng hấp thu FDG tại gan. Sinh thiết kim tại tổn thương không phát hiện tế bào ác tính, chủ yếu ghi nhận hoại tử và sung huyết. Sau phẫu thuật cắt đoạn đại tràng và hạ phân thùy gan chứa tổn thương, hình ảnh mô bệnh học nổi bật các khoang chứa máu trong nhu mô gan, không có lớp nội mô lót rõ, phù hợp với chẩn đoán Bệnh giãn mạch máu ở gan.

Kết luận: Bệnh giãn mạch máu ở gan trong bối cảnh bệnh nhân có ung thư, có thể giả tổn thương di căn gan, gây khó khăn đáng kể trong chẩn đoán. Việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh có vai trò then chốt trong xác định chẩn đoán chính xác, tránh điều trị không cần thiết.

Từ khóa: Peliosis hepatis; giả di căn gan; ung thư đại tràng; tổn thương gan đa ổ.

Peliosis hepatis mimicking liver metastases in a patient with colorectal cancer: A case report and diagnostic challenge

Le Hai Giang^{1,2*}, Duong Dinh Toan^{1,2}, Nguyen Van Hung^{1,2}, Le Xuan Luong³

¹Department of Pathology, Faculty of Biomedical Sciences, Phenikaa School of Medicine and Pharmacy

²Department of Pathology and Cytology, Phenikaa University Hospital

³Department of Oncology, Pho Noi General Hospital

Abstract

Background: Peliosis hepatis is a rare hepatic condition characterized by the presence of blood-filled cavities within the liver parenchyma, which may mimic malignant lesions on imaging studies.

Case Presentation: We report a case of a 42-year-old male presenting with multiple hepatic lesions detected during the evaluation of transverse colon cancer. Contrast-enhanced CT and MRI demonstrated multiple hepatic lesions with imaging features suspicious for malignancy, raising suspicion for hepatic metastases; however, PET/CT demonstrated no FDG uptake in the liver. Initial core needle biopsy revealed no evidence of malignancy, showing mainly necrosis and congestion. Following surgical resection of the colon tumor and intraoperative liver biopsy, histopathological examination demonstrated blood-filled cavities without a distinct endothelial lining, consistent with peliosis hepatis.

Conclusion: This case highlights that peliosis hepatis can closely mimic hepatic metastases, particularly in patients with underlying malignancy, posing significant diagnostic challenges. A multidisciplinary approach integrating clinical, radiological, and histopathological findings is essential to establish an accurate diagnosis and avoid unnecessary treatment.

Keywords: Peliosis hepatis; Hepatic pseudometastasis; colon cancer; multiple hepatic lesions.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giãn mạch máu ở gan (BGMMOG) là một bệnh lý hiếm gặp của gan, đặc trưng bởi sự hiện diện

của các khoang chứa máu trong nhu mô gan, có thể có hoặc không có lớp nội mô lót rõ ràng [1, 2]. Cơ chế bệnh sinh hiện vẫn chưa được hiểu đầy đủ, tuy

nhiên nhiều nghiên cứu ghi nhận mối liên quan với thuốc (đặc biệt steroid và thuốc ức chế miễn dịch), nhiễm trùng, bệnh lý ác tính và tình trạng suy giảm miễn dịch [1, 3, 4]. Trên lâm sàng, BGMMOG thường không có triệu chứng đặc hiệu và dễ bị bỏ sót. Đáng chú ý, trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như CT hoặc MRI, tổn thương có thể biểu hiện dưới dạng các khối hoặc nốt gan đa ổ với đặc điểm bắt thuốc không điển hình, dễ nhầm lẫn với u gan nguyên phát hoặc di căn gan [5, 6]. Điều này đặc biệt thách thức trong bối cảnh bệnh nhân có ung thư nguyên phát ngoài gan, khi chẩn đoán di căn gan thường được ưu tiên hàng đầu. Việc chẩn đoán sai có thể dẫn đến thay đổi chiến lược điều trị và làm tăng nguy cơ thực hiện các can thiệp điều trị quá mức. Chúng tôi báo cáo một trường hợp BGMMOG ở bệnh nhân ung thư đại tràng, biểu hiện với tổn thương gan đa ổ nghi ngờ di căn trên hình ảnh học, qua đó làm nổi bật những khó khăn trong chẩn đoán và vai trò quyết định của giải phẫu bệnh.

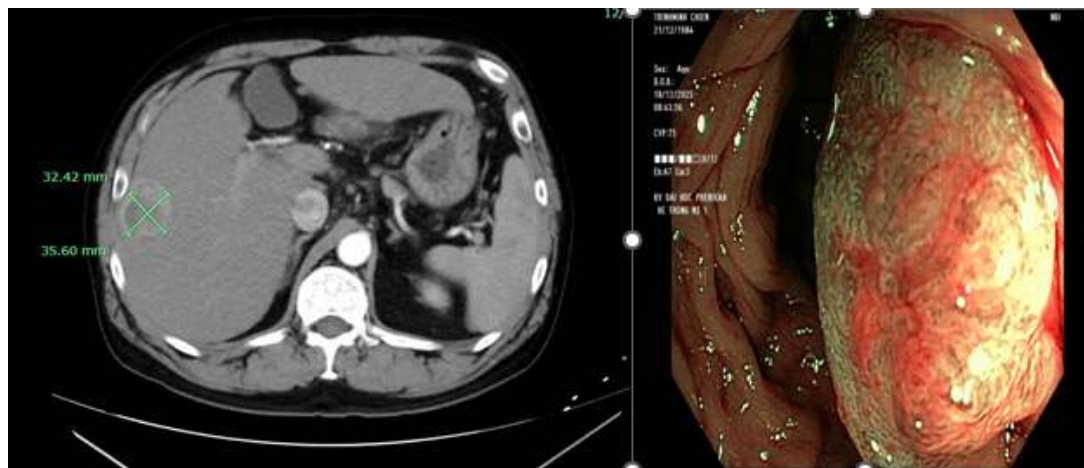
2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 42 tuổi, có tiền sử uống rượu kéo dài nhiều năm, nhập viện vì tình trạng mệt mỏi và sụt cân (khoảng 2 kg trong vòng 2 tháng). Siêu âm ổ bụng phát hiện nhiều tổn thương dạng khối ở gan. Bệnh nhân không ghi nhận đau bụng, vàng da hay sốt. Khám lâm sàng cho thấy tình trạng toàn thân ổn

định, không phát hiện gan to, lách to hoặc hạch ngoại vi. Các xét nghiệm cận lâm sàng ban đầu ghi nhận chức năng gan trong giới hạn bình thường, nồng độ AFP là 10 IU/mL. Xét nghiệm viêm gan B và C âm tính. Các xét nghiệm tìm nguyên nhân ký sinh trùng bao gồm sán lá gan lớn, giun lươn, giun đũa chó mèo và *Entamoeba histolytica* đều âm tính.

Chụp CT và MRI bụng có tiêm thuốc cản quang ghi nhận nhiều tổn thương ở cả hai thùy gan, kích thước từ 15 × 14 mm đến 53 × 44 mm, với tính chất bắt thuốc không đồng nhất. Các tổn thương nhỏ ngấm thuốc ở thì động mạch và thì tĩnh mạch, thải thuốc thì muộn. Tổn thương lớn nhất ngấm thuốc mạnh ở thì động mạch và thì tĩnh mạch nhưng không ghi nhận hiện tượng thải thuốc ở thì muộn. Ngoài ra, hình ảnh còn ghi nhận gan to và giãn tĩnh mạch cửa. Hình ảnh tổn thương gan đa ổ với đặc điểm bắt thuốc không điển hình gợi ý nhiều đến khả năng tổn thương ác tính.

PET/CT được thực hiện nhằm đánh giá toàn diện các tổn thương. Kết quả cho thấy các tổn thương gan không tăng hấp thu FDG, trong khi ghi nhận một vùng tăng hấp thu tại đại tràng ngang. Nội soi đại tràng phát hiện tổn thương dạng sùi kích thước khoảng 2 - 3 cm tại đại tràng ngang. Sinh thiết cho kết quả ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa. Trên cơ sở đó, chẩn đoán ban đầu được đặt ra là ung thư đại tràng ngang kèm tổn thương gan nghi di căn.



Hình 1. a) Bên trái: Tổn thương gan trên cắt lớp vi tính thì động mạch;
b) Bên phải: Khối sùi trong lòng đại tràng được phát hiện qua nội soi ống mềm

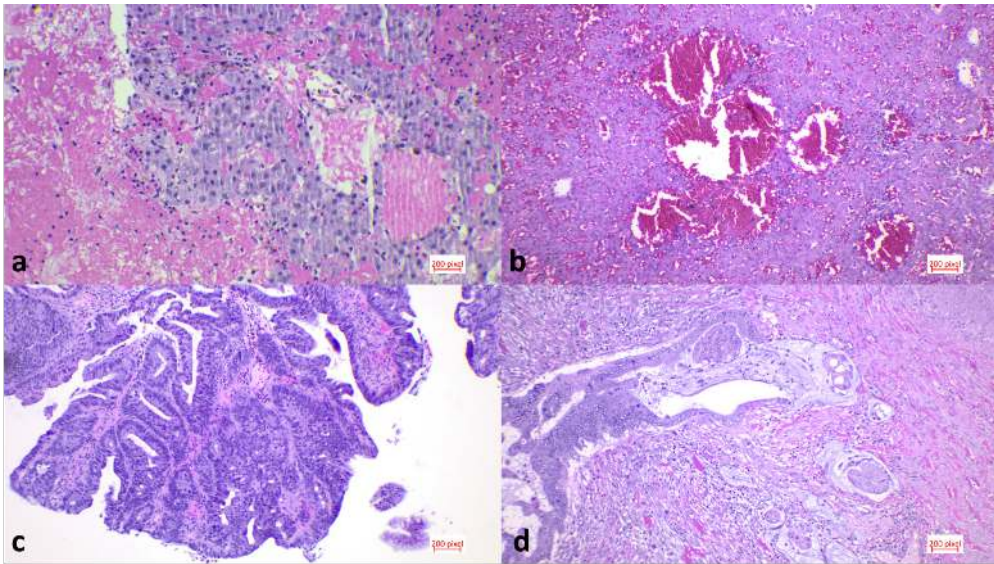
Bệnh nhân được sinh thiết kim tổn thương gan dưới hướng dẫn siêu âm với ba mảnh sinh thiết kim, chiều dài từ 1,2 cm đến 1,5 cm. Sau thủ thuật không ghi nhận biến chứng chảy máu. Sinh thiết kim tổn

thương gan dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy hoại tử tế bào gan rải rác, kèm sung huyết và giãn xoang gan, thâm nhiễm viêm hoạt động nhẹ, không phát hiện tế bào ác tính trên mẫu sinh thiết. Do sự không

tương xứng giữa mô bệnh học và hình ảnh học, khả năng tổn thương ác tính vẫn chưa thể được loại trừ hoàn toàn.

Bệnh nhân sau đó được chỉ định phẫu thuật cắt đoạn đại tràng ngang kết hợp cắt hạ phân thùy gan chứa tổn thương nghi ngờ để thực hiện sinh thiết tức thì. Trên tiêu bản sinh thiết tức thì và mô bệnh học thường quy, nhu mô gan xuất hiện nhiều khoang chứa máu kích thước khác nhau, không có lớp nội mô lót rõ ràng, kèm giãn xoang gan lan tỏa và hoại tử tế bào gan rải rác. Không ghi nhận tăng sinh tế bào nội mô không điển hình, hình ảnh phân

bào hay cấu trúc mạch máu tân tạo gợi ý sarcoma mạch (angiosarcoma). Hình thái tổn thương phù hợp chủ yếu với thể nhu mô (parenchymal type) của BGMMOG. Bệnh phẩm đại tràng được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, xâm lấn lớp dưới niêm mạc (pT1), không ghi nhận di căn hạch vùng (pN0). Từ các dữ kiện lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học, chẩn đoán cuối cùng được xác lập là ung thư đại tràng ngang giai đoạn sớm (pT1N0M0) kèm BGMMOG, trong đó các tổn thương gan đã giả hình ảnh di căn và gây khó khăn đáng kể trong quá trình chẩn đoán.



Hình 2. a) Sinh thiết kim cho thấy nhiều vùng chảy máu và hoại tử, các bè tế bào gan sắp xếp bởi 1 - 2 hàng tế bào (H&E, x200); b) Bệnh phẩm cắt hạ phân thùy gan cho thấy nhu mô có nhiều khoang chứa máu không có lớp nội mô rõ (H&E, x40); c–d) Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa của đại tràng ngang xâm lấn lớp dưới niêm mạc (H&E, x200 và x40).

3. BÀN LUẬN

BGMMOG là một tổn thương rất hiếm gặp của gan, chỉ được báo cáo qua các ca bệnh, chùm bệnh hiếm. Tuy nhiên, tỷ lệ thực sự trong cộng đồng có thể cao hơn do nhiều trường hợp không có triệu chứng lâm sàng và không được phát hiện trong quá trình sống. Về cơ chế bệnh sinh, BGMMOG được cho là hậu quả của tổn thương tế bào nội mô xoang gan dẫn đến giãn và phá vỡ cấu trúc xoang, tạo thành các khoang chứa máu trong nhu mô gan [1, 2]. Một số yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận bao gồm sử dụng thuốc chống viêm steroid, thuốc ức chế miễn dịch, nhiễm trùng (đặc biệt là *Bartonella spp.*), bệnh lý ác tính và các rối loạn miễn dịch [3, 4]. Ngoài ra, rối loạn vi tuần hoàn và tăng áp lực tĩnh mạch cửa cũng được cho là góp phần vào cơ chế hình thành BGMMOG trong một số trường hợp [5].

Từ góc độ chẩn đoán hình ảnh, BGMMOG có phổ biểu hiện rất đa dạng và thường không đặc hiệu. Trên CT và MRI có tiêm thuốc cản quang, các tổn thương có thể biểu hiện dưới dạng nốt hoặc khối, với kiểu bắt thuốc thay đổi theo pha, phụ thuộc vào mức độ xuất huyết, huyết khối và sự thông thương của các khoang chứa máu [6, 7]. Một số tổn thương có thể bắt thuốc sớm ở thì động mạch và trở nên đồng hoặc giảm tỷ trọng ở thì muộn, trong khi những trường hợp khác lại không có quy luật rõ ràng. Chính sự biến thiên này khiến BGMMOG dễ bị nhầm lẫn với các tổn thương ác tính như di căn gan hoặc ung thư biểu mô tế bào gan.

Trong trường hợp của chúng tôi, hình ảnh các tổn thương gan đa ổ trên CT/MRI cùng với sự hiện diện của ung thư đại tràng đã làm tăng đáng kể nghi ngờ di căn gan. Tuy nhiên, một số dữ kiện lâm sàng và

cận lâm sàng chưa hoàn toàn phù hợp với bản chất ác tính của tổn thương. Nồng độ AFP trong giới hạn bình thường và đặc biệt, các tổn thương gan không ghi nhận tăng hấp thu FDG trên PET/CT. Mặc dù PET/CT có giá trị hạn chế trong chẩn đoán phân biệt tổn thương gan lành - ác và không thể loại trừ hoàn toàn tổn thương di căn, việc không ghi nhận hoạt tính chuyển hóa bất thường tại gan vẫn là một dữ kiện gợi ý cần được cân nhắc trong quá trình tiếp cận chẩn đoán [8, 9].

Mô bệnh học được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán, với hình ảnh điển hình là các xoang giãn rộng chứa đầy hồng cầu, xen kẽ với nhu mô gan còn bảo tồn hoặc thoái hóa, đôi khi kèm hoại tử tế bào gan. Các khoang này có thể không có lớp nội mô lót rõ ràng (parenchymal type) hoặc có lớp nội mô không liên tục (phlebotectatic type) [2, 10]. Đặc điểm mô bệnh học này cũng giải thích cho tính chất bất thuốc không đặc hiệu trên chẩn đoán hình ảnh. Các khoang chứa máu có thể thông với hệ xoang gan, tạo nên kiểu bắt thuốc không đồng nhất và thay đổi theo thời gian, khác với kiểu bắt thuốc ngoại vi và lấp đầy dần của u máu, hoặc kiểu bắt thuốc sớm và thải thuốc nhanh của di căn [6, 7]. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, các đặc điểm này thường chồng lấp, khiến việc chẩn đoán phân biệt chỉ dựa vào hình ảnh học trở nên khó khăn.

Điểm quan trọng trong chẩn đoán phân biệt BGMMOG là nhận diện bản chất không tân sinh của các khoang chứa máu trong nhu mô gan. Về mô bệnh học, cần phân biệt BGMMOG với các tổn thương mạch máu của gan như u máu thể hang (cavernous hemangioma), bệnh lý giãn xoang gan (sinusoidal dilatation) và đặc biệt là sarcoma mạch (angiosarcoma). Khác với u máu thể hang, các khoang chứa máu trong peliosis hepatitis thường phân bố không đều, không tạo thành cấu trúc mạch máu giới hạn rõ và thiếu lớp nội mô lót liên tục. Trong khi đó, sarcoma mạch biểu hiện sự tăng sinh tế bào nội mô không điển hình, nhân dị dạng, xâm nhập phá hủy nhu mô gan và hình thành các cấu trúc mạch máu bất thường. Ngoài ra, trong bối cảnh lâm sàng có ung thư nguyên phát ngoài gan, các tổn thương gan đa

ổ còn cần được phân biệt với di căn gan. Tuy nhiên, những đặc điểm nêu trên không được ghi nhận trong trường hợp của chúng tôi [11, 15].

Một vấn đề quan trọng khác là vai trò và hạn chế của sinh thiết gan. Mặc dù được xem là tiêu chuẩn vàng, sinh thiết vẫn có thể cho kết quả âm tính giả do tính không đồng nhất của tổn thương, đặc biệt khi mẫu sinh thiết không lấy trúng vùng đặc trưng [12]. Ngoài ra, do bản chất là các khoang chứa máu, sinh thiết peliosis hepatitis cũng tiềm ẩn nguy cơ chảy máu, do đó cần được cân nhắc thận trọng [3]. Trong ca bệnh này, cả sinh thiết kim trước mổ và sinh thiết tức thì trong mổ đều không phát hiện tế bào ác tính, nhưng vẫn chưa đủ để loại trừ hoàn toàn di căn, do vậy bác sĩ phẫu thuật vẫn buộc phải đi đến quyết định cắt bỏ hạ phân thùy gan chứa tổn thương nghi ngờ để xác định chẩn đoán [5].

So sánh với các ca bệnh đã được công bố trong y văn cho thấy nhiều điểm tương đồng. Crocetti và cộng sự mô tả các tổn thương gan giảm tỷ trọng trên CT, bắt thuốc sớm ở thì động mạch và trở nên đồng tỷ trọng ở thì muộn, dễ nhầm với u máu hoặc khối u gan [6]. Wang và cộng sự cũng báo cáo các trường hợp tổn thương gan đa ổ với đặc điểm hình ảnh không điển hình, chỉ được chẩn đoán xác định sau sinh thiết hoặc phẫu thuật [13]. Điểm chung của các ca này là hình ảnh học không đủ để đưa ra chẩn đoán xác định. Tuy nhiên, trường hợp của chúng tôi có một số điểm đáng chú ý. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng ở giai đoạn rất sớm (pT1N0M0), trong khi các tổn thương gan lại biểu hiện đa ổ và có đặc điểm hình ảnh gợi ý ác tính, tạo nên một tình huống lâm sàng dễ hướng đến chẩn đoán di căn gan. Trong bối cảnh đó, việc tiếp cận đa mô thức với sự phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh đóng vai trò quan trọng, trong đó mô bệnh học đóng vai trò tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán. Đối với bác sĩ giải phẫu bệnh, việc hiểu rõ đặc điểm mô bệnh học và nâng cao nhận thức về tổn thương gan hiếm gặp này có ý nghĩa quan trọng trong việc cải thiện độ chính xác chẩn đoán và tối ưu hóa chiến lược điều trị cho người bệnh.

Bảng 1. Đặc điểm chẩn đoán phân biệt giữa BGMMOG và một số tổn thương thường gặp.
Các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học giúp định hướng chẩn đoán, tuy nhiên mô bệnh học vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định tổn thương

Đặc điểm	Peliosis hepatitis	Di căn gan	U máu thể hang	Sarcoma mạch
Bản chất tổn thương	Tổn thương dạng khoang chứa máu trong nhu mô gan, không phải u	Tổn thương ác tính thứ phát từ ung thư ngoài gan	U mạch máu lành tính	U mạch máu ác tính

Lâm sàng	Thường không triệu chứng, phát hiện tình cờ	Thường có tiền sử ung thư nguyên phát	Thường không triệu chứng	Có thể đau bụng, sụt cân, gan to
Số lượng tổn thương	Đơn ổ hoặc đa ổ	Thường đa ổ	Thường đơn ổ	Thường đa ổ
Hình ảnh CT/MRI	Bắt thuốc không điển hình, thay đổi theo pha	Thường tăng quang ngoại vi, thải thuốc nhanh	Tăng quang ngoại vi dạng nốt, lấp đầy dần hướng tâm	Hình ảnh không đồng nhất, xuất huyết/ hoại tử
Vi thể	Các khoang chứa máu xen trong nhu mô gan, không có lớp nội mô lót rõ	Tế bào ung thư xâm nhập nhu mô gan	Các khoang mạch máu có lớp nội mô lành tính liên tục	Tăng sinh tế bào nội mô ác tính, nhân dị dạng
Hóa mô miễn dịch	Không đặc hiệu	Phụ thuộc u nguyên phát	CD31, CD34 dương tính, Ki67 thấp	CD31, CD34 dương tính, Ki67 cao

4. KẾT LUẬN

BGMMOG là một tổn thương hiếm gặp nhưng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do khả năng giả hình ảnh các tổn thương ác tính của gan, đặc biệt trong bối cảnh bệnh nhân có ung thư nguyên phát. Chẩn đoán xác định dựa vào đặc điểm mô bệnh học, với hình ảnh các khoang chứa máu trong nhu mô gan không có lớp nội mô lót rõ ràng. Tuy nhiên, sinh thiết gan có thể gặp hạn chế do tính không đồng nhất của tổn thương, đòi hỏi phải kết hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Siddiqi IA, Gupta N. Peliosis hepatis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
- Rosai J. Rosai and Ackerman’s Surgical Pathology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
- Tsokos M, Erbersdobler A. Pathology of peliosis hepatis. Forensic Sci Int. 2005;149(1):25–33.
- Hagiwara S, Ida H, Chikugo T, Komeda Y, Nishida N, Yoshida A, et al. Peliosis hepatis complicated by scleroderma and rapidly progressing to liver failure. Intern Med. 2024;63(23):3171-3178.
- Karhunen PJ. Peliosis hepatis: clinical associations. J Clin Pathol. 1986;39(4):439–442.
- Crocetti D, Palmieri A, Pedullà G, Avallone M, Del Piraino S, Giuliani A. Peliosis hepatis: personal experience and literature review. World J Gastroenterol. 2015;21(46):13188–13194.
- Brancatelli G, Federle MP, Grazioli L, Golfieri R, Lencioni R. CT and MR imaging findings in peliosis hepatis. AJR Am J Roentgenol. 2001;176(3):685–688.
- Jadvar H. FDG PET in oncology: basics and clinical applications. J Nucl Med. 2016;57(Suppl 1):144S–149S.
- Kim T, Murakami T, Takahashi S, Hori M, Tsuda K, Nakamura H. Peliosis hepatis: findings at CT and MRI. Clin Imaging. 2012;36(3):276–279.
- Zak FG. Peliosis hepatis. Am J Pathol. 1950;26(1):1–15.

- Ferrell L. Liver pathology: diagnostic challenges. Mod Pathol. 2018;31(Suppl 1):S56–S65.
- Choi BY, Nguyen MH. The diagnosis and management of benign hepatic tumors. J Clin Gastroenterol. 2005;39(5):401–412.
- Dai YN, Ren ZZ, Song WY, Huang HJ, Yang DH, Wang MS, et al. Peliosis hepatis: 2 case reports of a rare liver disorder and its differential diagnosis. Medicine (Baltimore). 2017;96(13):e6471.
- Iannaccone R, Federle MP, Brancatelli G, Matsui O, Fishman EK. Hepatic peliosis: spectrum of imaging findings. Radiology. 2006;241(1):215–221.
- Abbott RM, Levy AD, Aguilera NS, Gorospe L. From the archives of the AFIP: primary vascular neoplasms of the liver. Radiographics. 2004;24(3):777–802.