

SARCOMA PHÔI KHÔNG BIỆT HÓA CỦA GAN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver: A Case Report and Literature Review

Trần Thị Hồng Nhung*, Huỳnh Ngọc Phương Thanh**

SUMMARY

Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver (UESL) is a rare malignant mesenchymal tumor that predominantly affects children and is exceedingly uncommon in adults. Clinical manifestations and imaging findings are often nonspecific. UESL typically presents as a large hepatic mass with both cystic and solid components, frequently mimicking benign entities such as hepatic cysts, abscesses, or parasitic infections. As a result, diagnosis and treatment may be delayed, increasing the risk of early recurrence, distant metastasis, and poor long-term outcomes.

We report the case of a 33-year-old woman presenting with persistent abdominal pain and a large cystic liver mass. The lesion was initially misdiagnosed as a liver fluke infection. Following surgical resection, histopathological examination suggested synovial sarcoma, and the patient did not receive appropriate adjuvant chemotherapy. Subsequently, she developed tumor recurrence and peritoneal metastases. A multidisciplinary review prompted additional immunohistochemical analysis of the surgical specimen, which ultimately established the diagnosis of UESL. This case highlights the diagnostic challenges of UESL and underscores the importance of including UESL in the differential diagnosis of atypical cystic liver masses to facilitate timely diagnosis and appropriate multidisciplinary management.

Keywords: Liver tumor, Cystic liver lesion, Undifferentiated embryonal sarcoma of the liver (UESL)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcom phôi không biệt hóa của gan (Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver - UESL) là một khối u trung mô ác tính ở gan hiếm gặp, có đặc điểm tiến triển nhanh và khả năng di căn cao, chủ yếu xuất hiện ở trẻ em (thường gặp nhất trong độ tuổi từ 6 đến 10) [1]. Ở người trưởng thành, UESL rất hiếm gặp, có chưa đến 90 trường hợp được báo cáo trong y văn trong giai đoạn từ năm 1973 - 2019 với độ tuổi trung bình là 25 và bệnh nhân cao tuổi nhất được ghi nhận là 84 tuổi [2], [3], [4]. Do các triệu chứng lâm sàng (đau bụng, sốt, chán ăn) và các đặc điểm hình ảnh học (thành phần đặc và nang) đều không đặc hiệu, việc chẩn đoán UESL thường gặp nhiều khó khăn và có thể bị trì hoãn, ảnh hưởng đến thời điểm

điều trị [3]. Đối với bệnh nhân người lớn, UESL được xem là một chẩn đoán loại trừ, bởi mục đích chính của các xét nghiệm hỗ trợ là nhằm loại trừ tất cả các chẩn đoán phân biệt khác [5].

Trong bài báo này, chúng tôi xin trình bày một trường hợp lâm sàng hiếm gặp UESL ở bệnh nhân nữ trẻ tuổi mà ban đầu được chẩn đoán nhầm là sán lá gan và sau phẫu thuật được chẩn đoán nhầm là sarcom màng hoạt dịch.

II. CA LÂM SÀNG

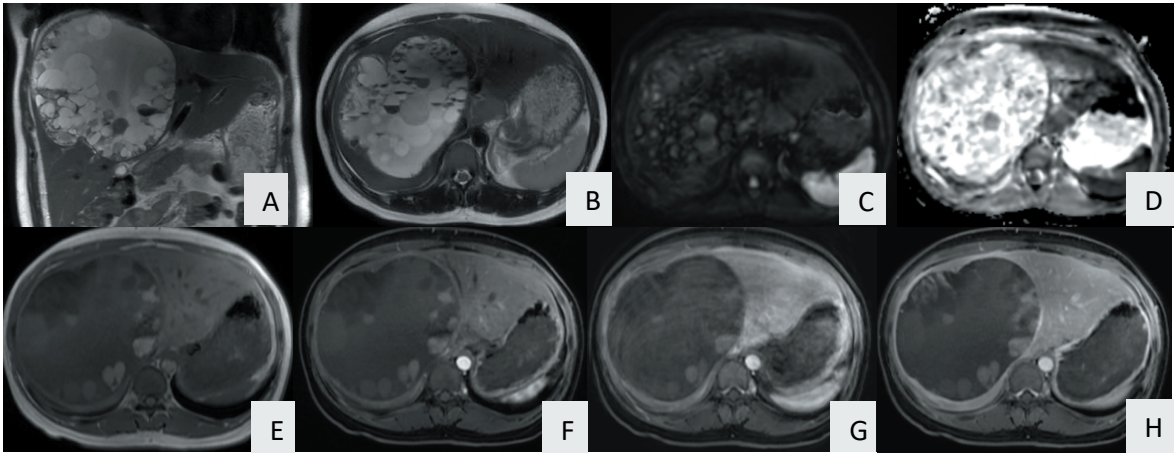
Bệnh nhân nữ 33 tuổi, vào viện vì đau bụng vùng hạ sườn phải. Các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy WBC 6.59 G/L, NEU% 69.3, LYM% 18.8, MONO% 10.4, EO%

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

** Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Viện Khoa học Sức khỏe, Đại học VinUni

1.1, AST 44 U/L, ALT 65 U/L, Bil trực tiếp 3.1 μ mol, Bil toàn phần 10.6 μ mol. Siêu âm bụng ban đầu tại phòng khám tư ghi nhận một tổn thương dạng nang lớn ở gan phải. Bệnh nhân sau đó được chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) cho thấy có khối dạng nang lớn ở gan phải với nhiều cấu trúc dạng nang nhỏ bên trong, gợi ý tổn thương

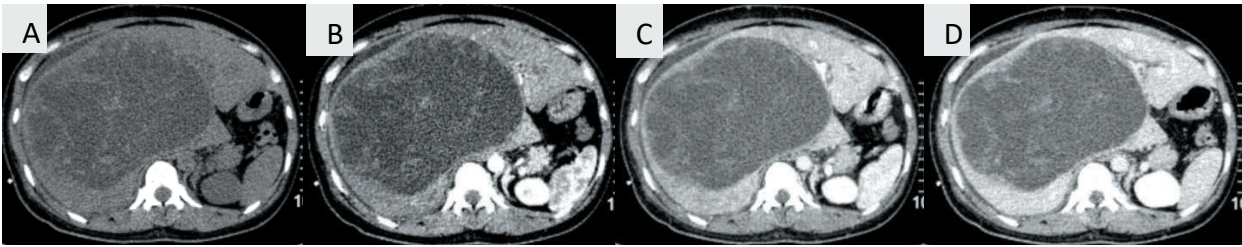
sán lá gan (Hình 1). Bệnh nhân được tiến hành dẫn lưu nang gan và làm xét nghiệm tế bào học, tuy nhiên kết quả không phát hiện ký sinh trùng hay tế bào ác tính. Bệnh nhân vẫn được điều trị thử bằng thuốc kháng ký sinh trùng trong 1 tháng, đồng thời tiếp tục duy trì dẫn lưu nang gan tại nhà.



Hình 1. Hình ảnh MRI ổ bụng (A) (B) ảnh T2W, (C) ảnh DWI, (D) ảnh ADCmap, (E) ảnh T1W, (F) ảnh T1FS thì động mạch, (G) ảnh T1FS thì tĩnh mạch và (H) ảnh T1FS thì muộn, cho thấy khối dạng nang lớn ở gan phải, bên trong bao gồm nhiều cấu trúc dạng nang nhỏ với tín hiệu không đồng nhất, một số nang có hình mức dịch-dịch và một số nang có hạn chế khuếch tán trên DWI/ADCmap. Sau tiêm thuốc, tổn thương hầu như không bắt thuốc đối quang từ ở thì động mạch và thì tĩnh mạch, với vỏ bao ngấm thuốc rõ ở thì muộn.

Hai tháng sau, bệnh nhân tái nhập viện vì triệu chứng đau bụng ngày càng nặng hơn kèm theo nôn. Xét nghiệm cận lâm sàng không thay đổi đáng kể so với lần nhập viện trước, cụ thể WBC 9.90 G/L, NEU% 74.7, LYM% 12.6, MONO% 10.8, EO% 1.2, AST 106 U/L, ALT

69 U/L. Bệnh nhân có tăng nhẹ CA 19-9 (~ 44.7). Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có tiêm thuốc cản quang cho thấy khối dạng nang ở gan phải thay đổi rất ít sau điều trị sán và dẫn lưu (Hình 2).



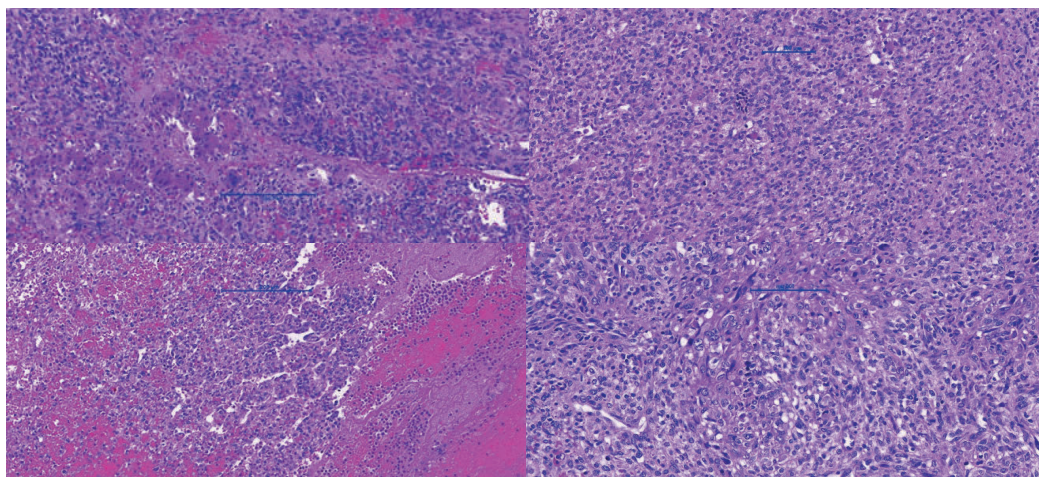
Hình 2. Hình ảnh CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang (A) thì trước tiêm, (B) thì động mạch, (C) thì tĩnh mạch và (D) thì muộn, ghi nhận một khối lớn dạng nang có thành phần đặc và vách bên trong; khối ngấm thuốc cản quang kém hoặc hầu như không ngấm thuốc sau tiêm, có một số thành phần vách ngấm thuốc.

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt gan trung tâm và cắt túi mật, trong mổ ghi nhận khối u nang lớn kích thước 30x20cm, không gây co kéo bề mặt gan, không

xâm lấn tổ chức xung quanh, vị trí sát tĩnh mạch gan giữa và tĩnh mạch gan phải, trong có nhiều tổ chức hoại tử và máu cục. Kết quả sinh thiết lạnh cho thấy tổn thương lành

tính. Kết quả mô bệnh học sau mổ kèm nhuộm hóa mô miễn dịch gồm CK (+), TLE-1 (+), Bcl2 (+), CD99 (+), Ki 67 (+), Synap (-), S100 (-) và EMA (-), hướng đến chẩn đoán sarcoma màng hoạt dịch (synovial sarcoma). Bệnh

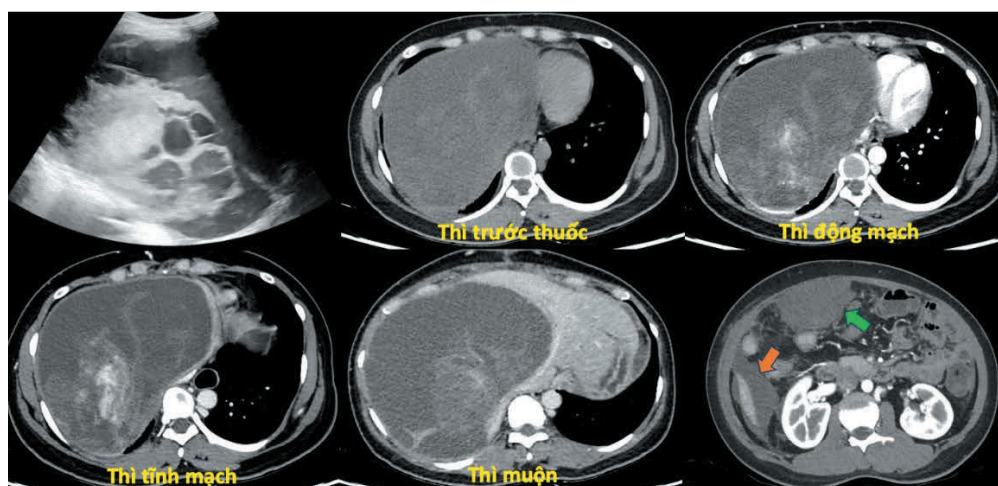
nhân có chỉ định điều trị hóa chất sau mổ, tuy nhiên, dù được các bác sĩ giải thích và tư vấn cận kề về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị, bệnh nhân và gia đình vẫn quyết định xin ra viện về tự uống thuốc đông y tại nhà.



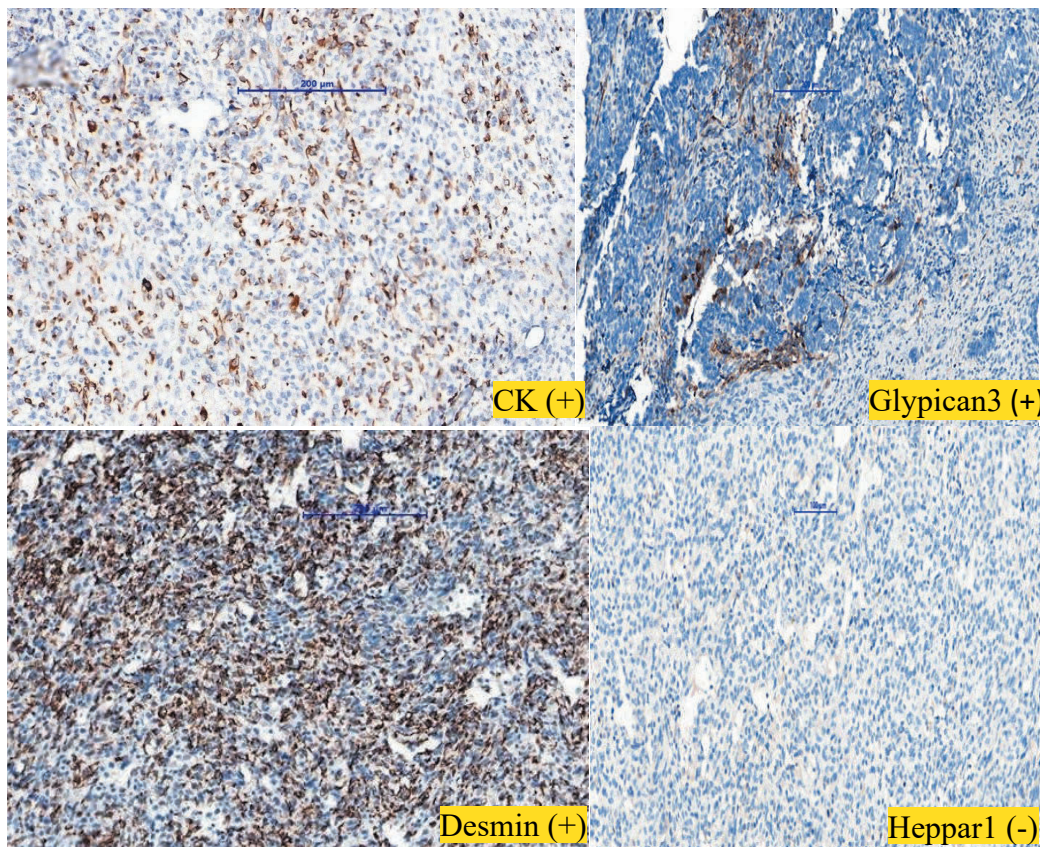
Hình 3. Hình ảnh nhuộm HE tổn thương u gồm vùng tế bào hình thoi, vùng dạng biểu mô, ranh giới không rõ với mô gan, có phá hủy dạng replacing mô gan kèm các ổ tạo huyết ngoài tửy.

Sau đó 5 tháng, bệnh nhân quay lại bệnh viện với triệu chứng đau bụng, khó thở nhiều. Siêu âm và chụp CLVT ổ bụng cho thấy khối tái phát dạng nang lớn ở gan kèm theo nhiều khối, nốt di căn phúc mạc và dịch tự do ổ bụng (Hình 4). Bệnh nhân được hội chẩn Hội đồng đa chuyên khoa với việc xem xét lại kết quả mô bệnh học trước đó được thực hiện. Bệnh phẩm được nhuộm hóa

mô miễn dịch bổ sung với 08 dấu ấn cho thấy CD34(-), ERG(-), CD31(-), Glypican-3(+), Desmin(+), HepPar-1(-), SALL4(-), và β -catenin(+), kết luận phù hợp với sarcome phổi chưa biệt hóa của gan - UESL. Bệnh nhân được chỉ định điều trị hóa chất nhưng đã từ chối điều trị tiếp do thể trạng kém và không đủ điều kiện tài chính.



Hình 4. Hình ảnh siêu âm và CLVT có tiêm thuốc cản quang cho thấy tổn thương khối lớn dạng nang tái phát, bên trong có thành phần đặc và vách ngăn, ngấm thuốc không đồng nhất. Dịch ổ bụng (mũi tên cam) cùng nhiều nốt tăng ngấm thuốc cản quang không đồng nhất ở phúc mạc và mạc treo, trong đó nốt lớn nhất nằm ở vùng cạnh rốn bên phải (mũi tên xanh lá).



Hình 5. Hình ảnh nhuộm hoá mô miễn dịch cho thấy dương tính dạng patchy với CK, dương tính mạnh, dạng patchy với Glypican 3, dương tính mạnh với Desmin và âm tính với Heppar1

III. BÀN LUẬN

UESL là một chẩn đoán đầy thách thức ở người lớn do đây là khối u ác tính hiếm gặp và chủ yếu xuất hiện ở trẻ em (6-10 tuổi) [1]. Như bệnh nhân trong ca lâm sàng của chúng tôi bị chẩn đoán nhầm tới 2 lần trước khi đi đến chẩn đoán cuối cùng là UESL, do các dấu hiệu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh cũng như mô bệnh học không đặc hiệu của bệnh lý này. Bệnh nhân UESL thường đến khám với một khối u ở bụng, có thể kèm theo đau bụng hoặc không. Các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu khác như sốt, sụt cân, chán ăn, nôn ói, tiêu chảy, táo bón và suy hô hấp cũng có thể xuất hiện [6] có thể xuất hiện ở bất kỳ vùng nào của gan nhưng thường gặp nhất ở thùy phải dưới dạng một khối u đơn độc, phát triển nhanh [5]. Xét nghiệm máu, men gan và các chất chỉ điểm u thường trong giới hạn bình thường hoặc tăng nhẹ [5], [7]. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân chúng tôi

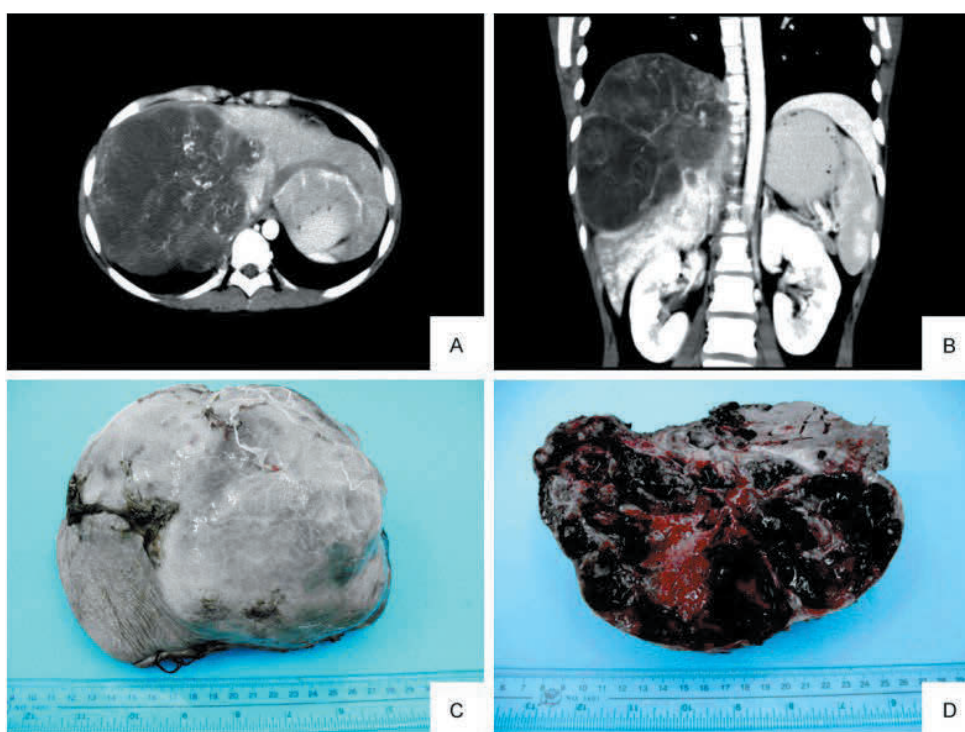
cũng cho thấy điều tương tự, hầu như không tăng hoặc tăng rất ít.

Các đặc điểm hình ảnh học của UESL thường phức tạp, không đặc hiệu và có thể dẫn đến chẩn đoán nhầm [5]. Nhìn chung, UESL biểu hiện dưới dạng một khối u lớn ở gan, chứa cả thành phần đặc và nang. Chính vì đặc điểm này, UESL thường bị nhầm lẫn với các tổn thương dạng nang lành tính khác (như u nang tuyến đường mật, nang sán, v.v...), dẫn đến sự chậm trễ trong việc chẩn đoán và điều trị thích hợp [5], [6], [8]. Tương tự như trường hợp bệnh nhân của chúng tôi - ban đầu được chẩn đoán là sán lá gan và được điều trị thử bằng thuốc kháng ký sinh trùng. Siêu âm thường là phương pháp tầm soát đầu tay và UESL thường biểu hiện một khối hỗn hợp gồm phần đặc và nang lớn, hoặc đôi khi là khối đặc hoàn toàn. Ngược lại, trên CLVT và MRI, khối u lại biểu hiện ưu thế dạng nang với các vách ngăn dày, không đều, thậm chí có

hiều mức dịch-dịch, tạo nên một “hình ảnh nghịch lý” đặc trưng [5], [6], [8]. Bệnh nhân của chúng tôi cũng có những đặc điểm hình ảnh tương tự trên siêu âm là khối hỗn hợp đặc - nang, và khối dạng nang lớn với nhiều vách ngăn dày, có nhiều mức dịch - dịch trên ảnh CLVT và MRI.

Trong y văn, các mẫu bệnh phẩm sau phẫu thuật thường cho thấy UESL nằm chủ yếu ở thùy phải, với kích thước lớn. Khối u thường có giả bao, chèn ép nhu mô gan lành xung quanh, và cấu trúc hỗn hợp với các vùng

đặc xen lẫn các cấu trúc nang, kèm xuất huyết hoặc hoại tử [5]. Một số trường hợp còn ghi nhận khối u lớn đến mức gây vỡ bao gan [9], [10]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, phẫu thuật ghi nhận một khối u dạng nang lớn, không gây co kéo bề mặt gan, không xâm lấn tổ chức xung quanh, và nằm sát tĩnh mạch gan giữa và phải. Bên trong khối u có nhiều vùng hoại tử và máu cục. Những đặc điểm này cho thấy sự tương đồng đáng kể với mô tả trong y văn về đặc điểm đại thể điển hình của UESL.



Hình 6. Hình ảnh một số ca lâm sàng UESL được báo cáo trong y văn [11]. A, B. Hình ảnh CLVT cho thấy khối giảm tỷ trọng đa nang ở thùy phải gan, sau tiêm thuốc cản quang, chỉ thấy viền ngấm thuốc ở ngoại vi và các vách ngăn thuốc bên trong tổn thương, phần trung tâm giảm tỷ trọng không ngấm thuốc. C. Hình đại thể khối u dạng hình cầu, giới hạn rõ, được bao bọc hoàn toàn bởi vỏ bao. D. Mặt cắt đại thể màu trắng xám với các vùng xuất huyết và hoại tử rộng.

Không có dấu ấn hóa mô miễn dịch nào đặc hiệu cho UESL và vai trò chính của hoá mô miễn dịch là loại trừ các chẩn đoán phân biệt khác [6] UESL thường biểu hiện đa dạng các dấu ấn, gồm dương tính với vimentin, desmin, CD68, BCL-2, CD10, alpha-1-antitrypsin và alpha-1-antichymotrypsin trong các cầu eosinophil, đôi khi có nhuộm yếu cytokeratin và một số ít trường hợp dương tính với glypican 3 (GPC3) hoặc CD117 nhân. Tuy nhiên, GPC3 không phải là dấu ấn đáng tin cậy để phân

biệt UESL với u nguyên bào gan hay ung thư biểu mô tế bào gan, vì các u này cũng thường dương tính với GPC3. UESL thường âm tính với các dấu ấn như S100, MART1, myogenin, ALK-1, β -catenin, CD34, C-kit (CD117) bào tương, HepPar1 và surfactant, giúp loại trừ u tế bào hắc tố, u cơ vân phôi, lymphoma, u mô đệm đường tiêu hoá - GIST và các u gan nguyên phát khác [5], [6]. Kết quả mô bệnh học ban đầu của bệnh nhân trong ca lâm sàng của chúng tôi được đọc là sarcoma màng hoạt dịch do có các

biểu hiện hóa mô miễn dịch chồng lấp như TLE1(+), CK(+), Bcl-2(+), CD99(+). Tính chất hiếm gặp của UESL ở người lớn khiến khả năng nghi ngờ ban đầu càng thấp hơn. Bảng xét nghiệm hóa mô miễn dịch mở rộng với các dấu ấn CD34(-), ERG(-), CD31(-), Glypican-3(+), Desmin(+), HepPar-1(-), SALL4(-) có vai trò then chốt trong việc xác định UESL bằng cách loại trừ các khối u gan khác.

UESL từng được xem là một trong những khối u gan ác tính có tiên lượng xấu nhất, với thời gian sống trung vị dưới một năm kể từ khi chẩn đoán [12], [13]. Ngay cả trong những trường hợp được phẫu thuật triệt để và không ghi nhận tổn thương tồn dư, tỷ lệ tái phát tại chỗ và/hoặc di căn xa vẫn vượt quá 50%, khiến đa số bệnh nhân tử vong trong vòng hai năm sau phẫu thuật đầu tiên [14]. Sự cải thiện rõ rệt về tiên lượng trong thập kỷ gần đây chủ yếu đến từ chiến lược điều trị đa mô thức, kết hợp giữa phẫu thuật cắt u triệt để và hóa chất bổ trợ, trong một số trường hợp có thể bổ sung xạ trị. Nhờ đó, tỷ lệ sống dài hạn đã được nâng lên đáng kể, lên tới khoảng 70% theo một số báo cáo [11], [14], [15]. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có phác đồ hóa trị tiêu chuẩn nào được thiết lập, với sự khác biệt đáng kể giữa các trung tâm và bác sĩ điều trị. Tương tự, vai trò của xạ trị vẫn chưa được xác định rõ ràng và đòi hỏi thêm nhiều nghiên cứu lâm sàng để đưa ra khuyến cáo cụ thể [5], [6]. Đối với những trường hợp không thể phẫu thuật ngay từ đầu, hoặc tái phát và kháng trị sau hóa trị, ghép gan đồng loại đã được ghi nhận đã được báo cáo là một phương pháp xử trí thành công nhưng dữ liệu về phương pháp này vẫn còn hạn chế [5], [16].

Ở bệnh nhân của chúng tôi, việc tổn thương gan dạng nang bị nhầm lẫn với bệnh lý lành tính đã dẫn đến điều trị không phù hợp ban đầu. Dù phẫu thuật được thực hiện sau đó, bệnh nhân không được điều trị hóa chất bổ trợ và cũng không tuân thủ theo dõi sau điều trị, dẫn đến tái phát sớm và di căn phúc mạc. Trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của việc đưa UESL vào chẩn đoán phân biệt sớm đối với các tổn thương gan dạng nang không điển hình, đồng thời cho thấy vai trò thiết yếu của tiếp cận đa chuyên khoa, bao gồm phẫu thuật, mô bệnh học, hình ảnh học và ung bướu, trong việc thiết lập chẩn đoán chính xác và xây dựng chiến lược điều trị toàn diện.

IV. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng về một trường hợp tổn thương UESL rất hiếm gặp ở người lớn này cho thấy những thách thức đáng kể trong chẩn đoán bệnh lý UESL do biểu hiện lâm sàng và đặc điểm hình ảnh không đặc hiệu, dễ chẩn đoán nhầm với nhiều bệnh lý gan lành tính khác. Vì vậy, cần thiết phải nhận biết sớm và đưa UESL vào chẩn đoán phân biệt đối với các tổn thương dạng nang không điển hình ở gan. Việc chẩn đoán muộn hoặc điều trị không đầy đủ làm tăng nguy cơ tái phát sớm và di căn xa (đặc biệt phúc mạc và phổi), làm giảm đáng kể tỷ lệ sống còn và tiên lượng lâu dài của bệnh nhân. Chúng tôi hi vọng thông qua ca lâm sàng này sẽ cũng cung cấp thêm kinh nghiệm cho các đồng nghiệp trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý u gan ác tính rất hiếm gặp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Y. Shi *et al.*, 'Characteristics and outcomes in children with undifferentiated embryonal sarcoma of the liver: A report from the National Cancer Database: SHI ET AL.', *Pediatr Blood Cancer*, vol. 64, no. 4, p. e26272, Apr. 2017, doi: 10.1002/pbc.26272.
2. F. Lenze *et al.*, 'Undifferentiated embryonal sarcoma of the liver in adults', *Cancer*, vol. 112, no. 10, pp. 2274–2282, May 2008, doi: 10.1002/cncr.23431.
3. I. A. Ziogas, I. J. Zamora, H. N. Lovvorn Iii, C. E. Bailey, and S. P. Alexopoulos, 'Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver in Children Versus Adults: A National Cancer Database Analysis', *Cancers*, vol. 13, no. 12, p. 2918, June 2021, doi: 10.3390/cancers13122918.

4. Z. Wu, Y. Wei, Z. Cai, and Y. Zhou, 'Long-term survival outcomes of undifferentiated embryonal sarcoma of the liver: a pooled analysis of 308 patients', *ANZ Journal of Surgery*, vol. 90, no. 9, pp. 1615–1620, Sept. 2020, doi: 10.1111/ans.15684.
5. J. Huang, 'Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver in Adults', in *Liver Cancer*, Departments of Pediatrics, Laboratory Medicine and Pathology, Stollery Children's Hospital, University of Alberta, Edmonton, AB, Canada and C. M. Sergi, Eds, Exon Publications, 2021, pp. 165–178. doi: 10.36255/exonpublications.livercancer.2021.ch9.
6. J. Putra and K. Ornvold, 'Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver: A Concise Review', *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, vol. 139, no. 2, pp. 269–273, Feb. 2015, doi: 10.5858/arpa.2013-0463-RS.
7. M. Pinamonti, F. Vittone, F. Ghiglione, A. Borasi, S. Silvestri, and S. Coverlizza, 'Unexpected Liver Embryonal Sarcoma in the Adult: Diagnosis and Treatment', *Case Reports in Surgery*, vol. 2018, pp. 1–5, June 2018, doi: 10.1155/2018/8362012.
8. W.-Y. Lin *et al.*, 'Treatment of Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver in Children', *Cancers*, vol. 16, no. 5, p. 897, Feb. 2024, doi: 10.3390/cancers16050897.
9. H.-M. Hu *et al.*, 'Report of seven children with undifferentiated embryonal sarcoma of the liver', *Chinese Medical Journal*, vol. 132, no. 18, pp. 2244–2245, Sept. 2019, doi: 10.1097/CM9.0000000000000429.
10. J.-H. Chen, C.-H. Lee, C.-K. Wei, S.-M. Chang, and W.-Y. Yin, 'Undifferentiated embryonal sarcoma of the liver with focal osteoid picture—A case report', *Asian Journal of Surgery*, vol. 36, no. 4, pp. 174–178, Oct. 2013, doi: 10.1016/j.asjsur.2012.06.012.
11. Q. Cao, Z. Ye, S. Chen, N. Liu, S. Li, and F. Liu, 'Undifferentiated embryonal sarcoma of liver: a multi-institutional experience with 9 cases', *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, vol. 7, no. 12, p. 8647, 2014.
12. J. T. Stocker and K. G. Ishak, 'Undifferentiated (embryonal) sarcoma of the liver. Report of 31 cases', *Cancer*, vol. 42, no. 1, pp. 336–348, July 1978, doi: 10.1002/1097-0142(197807)42:1<336::AID-CNCR2820420151>3.0.CO;2-V.
13. I. Leuschner, D. Schmidt, and D. Harms, 'Undifferentiated sarcoma of the liver in childhood: Morphology, flow cytometry, and literature review', *Human Pathology*, vol. 21, no. 1, pp. 68–76, Jan. 1990, doi: 10.1016/0046-8177(90)90077-I.
14. G. Bisogno *et al.*, 'Undifferentiated sarcoma of the liver in childhood: A curable disease', *Cancer*, vol. 94, no. 1, pp. 252–257, Jan. 2002, doi: 10.1002/cncr.10191.
15. P. Techavichit *et al.*, 'Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Liver (UESL): A Single-Center Experience and Review of the Literature', *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, vol. 38, no. 4, pp. 261–268, May 2016, doi: 10.1097/MPH.0000000000000529.
16. A. S. Plant, R. W. Busuttil, A. Rana, S. D. Nelson, M. Auerbach, and N. C. Federman, 'A Single-institution Retrospective Cases Series of Childhood Undifferentiated Embryonal Liver Sarcoma (UELS): Success of Combined Therapy and the Use of Orthotopic Liver Transplant', *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, vol. 35, no. 6, pp. 451–455, Aug. 2013, doi: 10.1097/MPH.0b013e318271c948.

TÓM TẮT

Sarcoma phôi không biệt hóa của gan (Undifferentiated Embryonal Sarcoma of the Live - UESL) là khối u trung mô ác tính hiếm gặp, thường gặp ở trẻ em và rất hiếm ở người trưởng thành. Bệnh có biểu hiện lâm sàng và đặc điểm hình ảnh không đặc hiệu, thường biểu hiện khối lớn ở gan có thành phần nang và đặc, dễ bị nhầm với nang gan, áp xe hoặc tổn thương ký sinh trùng, dẫn đến trì hoãn trong chẩn đoán và điều trị UESL. Điều này làm tăng nguy cơ tái phát sớm và di căn xa, giảm tỷ lệ sống và tiên lượng lâu dài của bệnh nhân.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 33 tuổi đau bụng kéo dài với khối u dạng nang lớn ở gan, ban đầu chẩn đoán nhầm là nhiễm sán lá gan, sau đó được phẫu thuật chẩn đoán là sarcom màng hoạt dịch và không được điều trị hóa chất đầy đủ, dẫn đến tái phát và di căn phúc mạc. Hội chẩn đa chuyên khoa được xét nghiệm hóa mô miễn dịch bổ sung xác định chẩn đoán là UESL. Trường hợp này nhấn mạnh những khó khăn trong chẩn đoán hình ảnh của UESL và tầm quan trọng của việc đưa UESL trong chẩn đoán phân biệt các tổn thương dạng nang không điển hình ở gan để không làm chậm trễ chẩn đoán và điều trị.

***Từ khóa:** U gan, Tổn thương dạng nang gan, Sarcom phôi không biệt hoá của gan*

Người liên hệ: Trần Thị Hồng Nhung. Email: hongnhung0603@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/05/2026. Ngày nhận phản biện: 02/06/2026. Ngày Chấp nhận đăng: 20/06/2026