



# UNG THƯ PHỔI DI CĂN ĐẠI TRÀNG: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ ĐỐI CHIẾU Y VĂN

## Lung cancer with colonic metastasis: A case report and literature review

*Nguyễn Thành Nam\**, *Nguyễn Thị Thủy\**, *Trần Bùi Khoa\**,  
*Nguyễn Văn Sơn\*\**, *Lê Xuân Chính\*\**.

### SUMMARY

Lung cancer is one of the leading causes of cancer related mortality worldwide. The brain, liver, adrenal glands, and bone are the most likely site of metastatic disease in patients with lung cancer. Gastrointestinal (GI) metastasis from primary lung cancer is very rare. Only few reports have been published and the majority of described metastatic sites involved the small intestine. In the present study, we report a case of lung cancer with colonic metastasis and also review the published literature of primary lung cancer with colonic metastasis.

**Keywords:** lung cancer, gastrointestinal metastasis, colonic metastasis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong các loại ung thư có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao nhất trên toàn thế giới [1]. Các type mô bệnh học chính của ung thư phổi gồm có ung thư biểu mô tuyến (AC), ung thư tế bào vảy (SCC), ung thư biểu mô tế bào nhỏ, ung thư biểu mô tế bào lớn. Các vị trí di căn thường gặp trong ung thư phổi là não, gan, tuyến thượng thận và xương [2], [3]. Di căn ống tiêu hóa từ ung thư phổi nguyên phát là vô cùng hiếm gặp, chủ yếu là ở ruột non và thường bị bỏ qua hoặc bị chẩn đoán nhầm với các tổn thương khác [4].

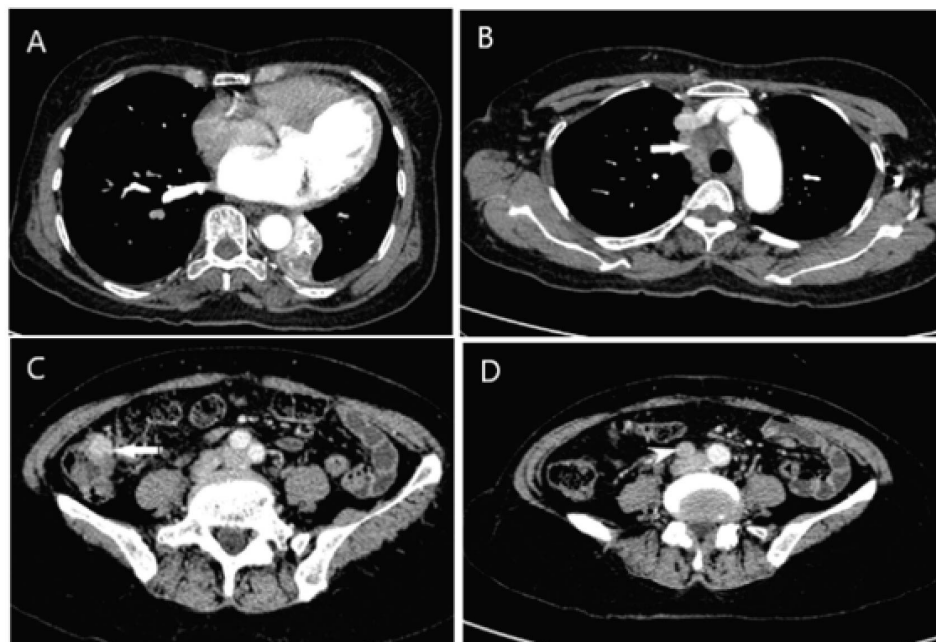
Trong y văn chưa có nhiều nghiên cứu cũng như bài báo cáo ca bệnh ung thư nguyên phát ở phổi di căn đường tiêu hóa, chủ yếu là các trường hợp di căn đến ruột non. Trong bài báo cáo này, chúng tôi xin trình bày một trường hợp ung thư phổi di căn đến manh tràng, đã được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa, cũng như đối chiếu với y văn trong và ngoài nước.

### II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

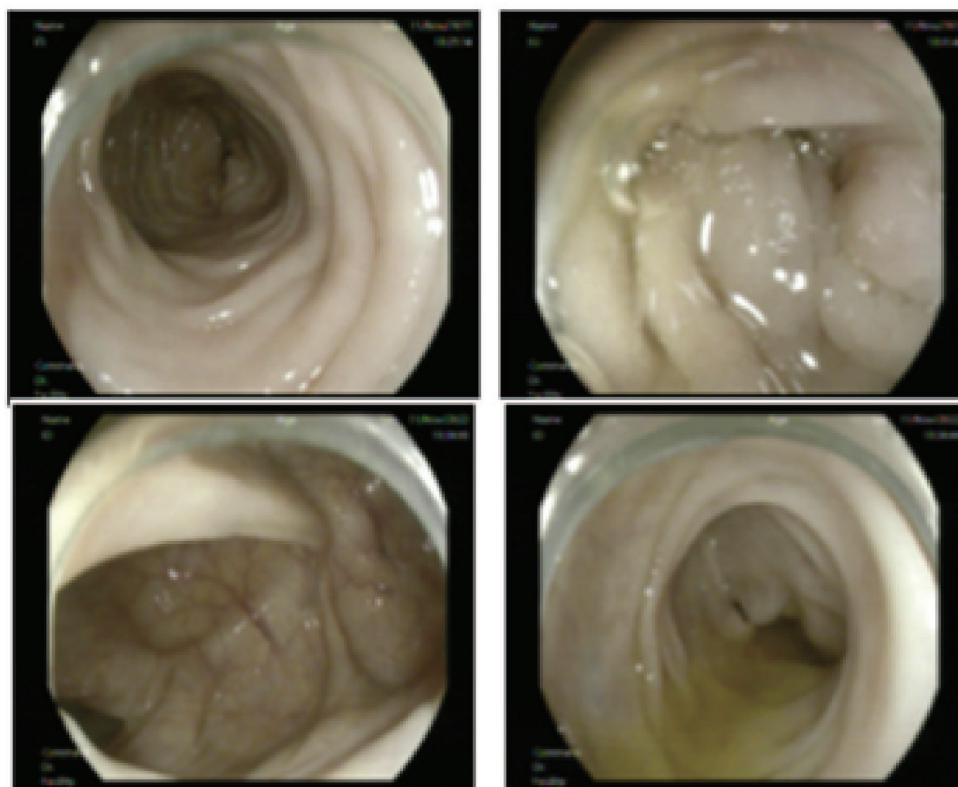
Bệnh nhân nữ, 61 tuổi, có tiền sử phát hiện ung thư biểu mô tuyến của phổi từ năm 2019, được điều trị nhiều đợt bằng hóa chất Paclitaxel – carboplatin, tháng 5 năm 2022 bệnh nhân vào viện khám và điều trị theo hẹn, bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng bất thường, các xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân đã được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và ổ bụng có tiêm thuốc cản quang để đánh giá lại sau điều trị. Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực thấy tổn thương đồng đặc và xẹp phổi bờ khá gọn nằm ở thùy dưới phổi trái tương ứng với vị trí tổn thương u phổi sau điều trị, tuy nhiên trung thất xuất hiện nhiều hạch, kích thước hạch lớn nhất khoảng 18x26mm, bờ không đều, ngấm thuốc cản quang mức độ vừa (Hình 1A, B). Trên hình ảnh CLVT bụng thấy có khối tỷ trọng mô mềm ở vị trí thành manh tràng sát góc hồi manh tràng, kích thước khoảng 15x17mm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, tổn thương còn khu trú ở thành manh tràng, chưa thấy xâm lấn ra xung quanh (Hình 1C, D). Nội soi đại tràng không thấy tổn thương u chồi sùi trên bề mặt manh tràng (Hình 2).

\*Phân hiệu Đại học Y Hà Nội

\*\* Bệnh viện ung bướu Thanh Hóa



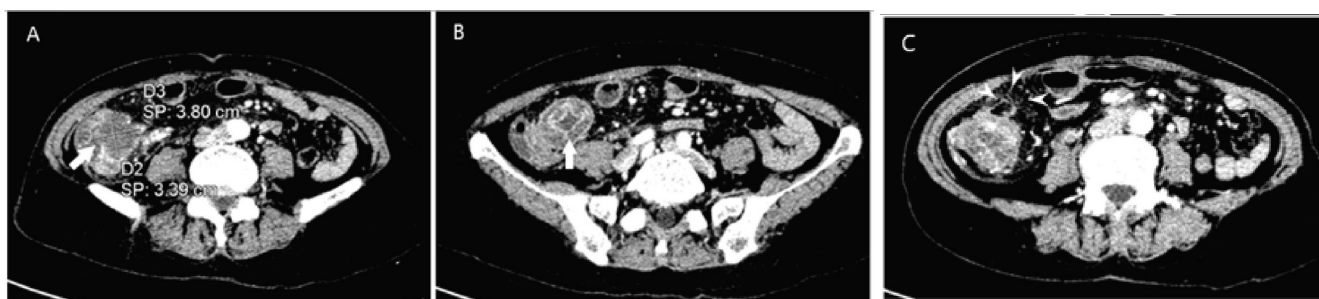
Hình 1. Hình ảnh CLVT của bệnh nhân: A, tổn thương đông đặc, xẹp phổi thùy dưới phổi trái sau điều trị. B, Hạch trung thất, bờ không đều, ngấm thuốc sau tiêm( mũi tên). C, tổn thương ngấm thuốc mạnh thành manh tràng sát góc hồi manh tràng (mũi tên). D, Hạch ổ bụng nằm dọc theo bó mạch chủ(đầu mũi tên).



Hình 2: Hình ảnh nội soi đại tràng toàn bộ không thấy tổn thương trên bề mặt lòng đại tràng.

Bệnh nhân sau đó tiếp tục được điều trị tiếp 2 chu kỳ hóa chất PC, bổ sung thêm Doxetacel và Navelbine. Đến tháng 2 năm 2023 bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốt 38,8 độ C, đau dữ dội vùng hố chậu phải, khám có phản ứng thành bụng vùng hố chậu phải. Xét nghiệm máu : bạch cầu 17,07 G/L, trong đó bạch cầu trung tính 92,5%. Bệnh nhân được chụp CLVT ổ bụng cấp cứu. Trên hình ảnh CLVT bụng có tiêm thuốc cản quang thấy

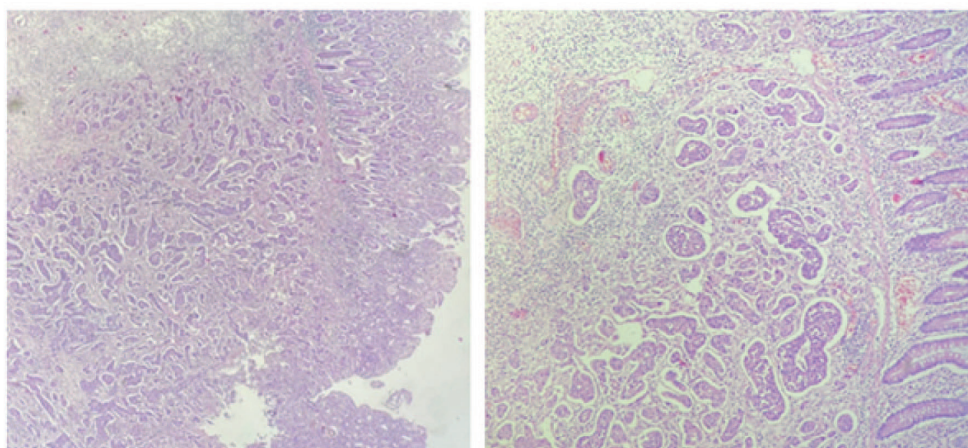
khối tỷ trọng mô mềm vị trí góc hồi manh tràng kích thước 34x38mm, bờ không đều, ngấm thuốc kém, kèm theo dày thành đồng tâm đoạn cuối hồi tràng và manh tràng, có thâm nhiễm mỡ rộng xung quanh nhưng chưa thấy tạo ổ dịch khu trú ( Hình 3). Sau khi hội chẩn liên chuyên khoa, chẩn đoán được thống nhất là viêm phúc mạc theo dõi do vỡ u manh tràng.



**Hình 3. Hình ảnh CLVT ổ bụng của bệnh nhân sau điều trị hóa chất: A. Khối tổ chức vị trí góc hồi manh tràng, bờ không đều, ngấm thuốc kém sau tiêm thuốc cản quang (mũi tên). B, dày thành đồng tâm đoạn cuối hồi tràng(mũi tên) . C, thâm nhiễm mỡ phúc mạc vùng hố chậu phải quanh manh tràng(các đầu mũi tên).**

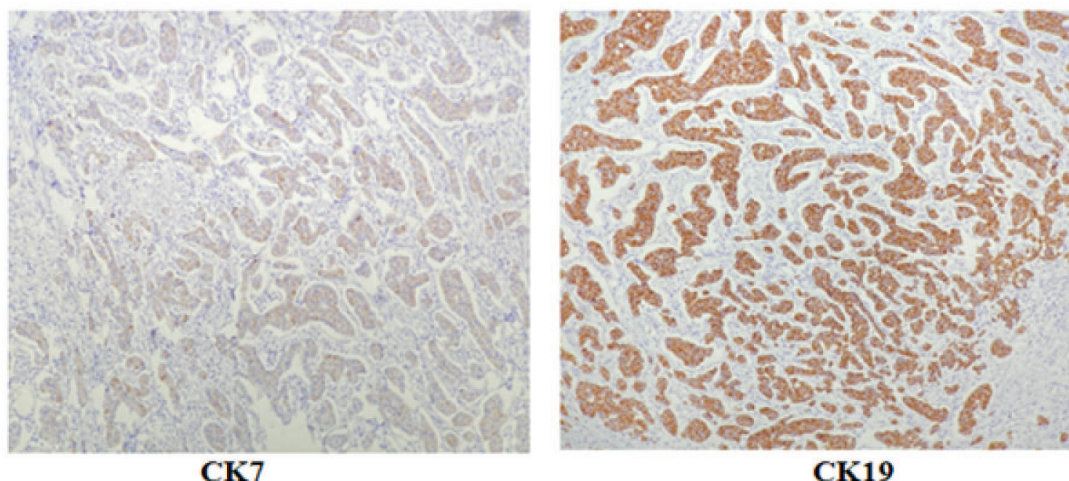
Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt đại tràng phải và đoạn cuối hồi tràng, nối tận – tận quai ruột non với đại tràng ngang. Kết quả nhuộm Hematoxylin & Eosin (HE) trên bệnh phẩm sau mổ (Hình 4) thấy các tế bào u tập trung thành đám, chủ yếu trong lòng mạch, không có điểm xuất phát hay tổn thương tiền ung thư tại niêm mạc

đại tràng. Nhuộm hóa mô miễn dịch(HMMD) (Hình 5) cho thấy khối u có bộc lộ các dấu ấn CK7, CK19, và âm tính với các dấu ấn CK20, CDX2, TTF1, NapsinA, ER, PR, PAX8, Synap, Chromo, CD56. Kết hợp hình ảnh nhuộm HE và HMMD cho thấy khối u ở đại tràng phù hợp với tổn thương thứ phát, nghĩ nhiều tới nguồn gốc từ phổi.



**Hình 4. Hình ảnh nhuộm Hematoxylin & Eosin (H&E)**





**Hình 5. Hình ảnh nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD)**

Sau mô tình trạng bệnh nhân ổn định, được ra viện sau 18 ngày, đã được hẹn tái khám lại sau 1 tháng. Hiện tại, bệnh nhân đang được chúng tôi theo dõi sát để đánh giá hiệu quả điều trị.

### III. BÀN LUẬN

Ung thư phổi thường di căn đến não, gan, tuyến thượng thận và xương[2][3]. Di căn ống tiêu hóa trong ung thư phổi là vô cùng hiếm gặp, chiếm 0,2 – 0,5 % các trường hợp ung thư phổi[5][6].

Kim và cộng sự nghiên cứu 8493 bệnh nhân ung thư phổi nhưng chỉ có 29 bệnh nhân di căn đường tiêu hóa ( chiếm 0,34%) với 31 tổn thương phát hiện trên cắt lớp vi tính, trong đó có 3 tổn thương tại dạ dày, 26 tổn thương tại ruột non và 2 tổn thương tại đại tràng[7]. Tuy vậy, tỷ lệ thực sự của ung thư phổi di căn đến ống tiêu hóa là không chắc chắn. Một số báo cáo khám nghiệm tử thi cho thấy tỷ lệ này có thể lên đến 11,9% [8][9].

Trong ca lâm sàng của chúng tôi, tổn thương u xuất phát ở lớp dưới niêm mạc do đó không quan sát thấy tổn thương u chồi sùi vào niêm mạc trên nội soi đại tràng. Tác giả Naohiro Taira và cộng sự báo cáo 7 trường hợp tổn thương di căn ống tiêu hóa từ ung thư phổi, trong đó có 2 trường hợp tổn thương u dưới niêm mạc tương tự như trường hợp của chúng tôi [10]. Đối với các tổn thương di căn lớp dưới niêm mạc, sinh thiết thường khó tiến hành do không xác định được chính xác vị trí tổn thương u qua nội soi đại tràng.

Bệnh nhân thường đến viện khám vì đau bụng thượng vị, chảy máu tiêu hóa, buồn nôn, thiếu máu, vàng da, tắc ruột [2], những triệu chứng này thường không đặc hiệu và dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác hoặc đôi khi bị bỏ qua vì nghĩ rằng là tác dụng phụ của hóa trị liệu. Một số bệnh nhân có thể không có triệu chứng mà phát hiện tình cờ.

Chụp cắt lớp vi tính bụng có tiêm thuốc cản quang là phương pháp thăm khám tốt nhất để phát hiện tổn thương di căn ống tiêu hóa ở bệnh nhân ung thư phổi. Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, tổn thương thường đơn độc, hình thái tổn thương thường gặp dày thành ruột không đều quanh chu vi hoặc polyp sùi vào lòng ống tiêu hóa[7]. Tính chất ngấm thuốc thường không điển hình, Kim và cộng sự nghiên cứu trên 31 tổn thương di căn ống tiêu hóa, trong đó có 19 tổn thương ngấm thuốc vừa, 7 tổn thương ngấm thuốc kém và 5 tổn thương ngấm thuốc mạnh [7].

Di căn ống tiêu hóa từ ung thư phổi có thể có các biến chứng như thủng, tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa[2]. Theo nghiên cứu của tác giả Yue Hu và cộng sự, biến chứng thủng hay gặp với tổn thương thứ phát ở ruột non (63,7%) hơn so với dạ dày(13,9%) và đại trực tràng(11,5%). Biến chứng xuất huyết tiêu hóa hay gặp nhất ở tổn thương dạ dày (52,8%) hơn so với đại trực tràng (32,2%) và ruột non (15,6%) [2]. Tác giả Norihito Ise nhận thấy rằng tổn thương di căn ống tiêu hóa có tỷ lệ biến chứng rò cao hơn so với u nguyên phát của ống tiêu hóa [11]. Một số nghiên

cứu cũng cho thấy không có mối liên hệ giữa hóa trị liệu với biến chứng rò trong ung thư phổi di căn ống tiêu hóa[2] [8]. Biến chứng tắc ruột không hay gặp trong ung thư di căn đường tiêu hóa, trừ khi đi kèm với lồng ruột[8]. Trong ca bệnh của chúng tôi, khối u có dạng khối tổn thương dưới niêm mạc, sau hai chu kỳ hóa chất khối u có biến chứng thủng gây viêm phúc mạc vùng hố chậu phải.

Chẩn đoán phân biệt của ung thư phổi di căn ống tiêu hóa bao gồm các khối u nguyên phát của ống tiêu hóa như ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma), u mô đệm đường tiêu hóa (GIST), lymphoma đường tiêu hóa và tổn thương viêm loét do hóa trị liệu.

Ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của ống tiêu hóa thường có dạng tổn thương dày thành ruột không đều quanh chu vi, gây hẹp lòng ruột. Biến chứng tắc ruột hay gặp trong ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của ống tiêu hóa trong khi không thường gặp trong tổn thương di căn ống tiêu hóa, trừ khi có lồng ruột đi kèm[7].

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) thường gặp ở dạ dày và ruột non, ít gặp ở thực quản và đại tràng. Hình ảnh tổn thương điển hình trên cắt lớp vi tính là một khối tỷ trọng phần mềm, ngấm thuốc đồng nhất khi u nhỏ và ngấm thuốc không đồng nhất khi khối u có kích thước lớn, ranh giới khá rõ, có xu hướng phát triển ra phía ngoài thành ruột về phía thanh mạc, GIST thường tăng sinh mạch và có nhánh mạch cấp máu từ mạc treo lân cận[12].

Lymphoma của ống tiêu hóa thường có hình thái tổn thương điển hình là dày thành ruột trên một đoạn ruột dài, tổn thương đa ổ, giãn khẩu kính đoạn ruột bị tổn thương đi kèm với nhiều hạch lớn, lan tỏa trong ổ bụng và tổn thương ở gan, lách. Trong khi đó, ung thư di căn ống tiêu hóa thường tổn thương đơn ổ, đoạn ruột tổn thương ngắn hơn, khẩu kính lòng ruột không giãn, tổn thương hạch mạc treo lân cận thường nhỏ, không đi kèm tổn thương ở các bộ phận khác như lymphoma[13].

Viêm ruột do hóa trị liệu thường có tổn thương trên một đoạn dài, hình thái thường gặp là dày thành ruột đồng tâm, ngấm thuốc mạnh lớp niêm mạc trong khi lớp dưới niêm mạc ngấm thuốc kém do phù nề, tạo hình ảnh dạng “bia bắn”, dấu hiệu này cũng có thể gặp trong viêm ruột do xạ trị hoặc thiếu máu ruột [14].

#### **IV. KẾT LUẬN**

Ung thư phổi di căn đường tiêu hóa là tổn thương rất hiếm gặp, nhưng đã có một số bài báo cáo ca bệnh trong y văn thế giới. Do đó, u dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm nếu không được nghĩ đến. Chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là cắt lớp vi tính có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán sớm bệnh, giúp tăng hiệu quả điều trị và kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh. Chúng tôi hy vọng qua ca bệnh này, có thể giúp các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán các trường hợp tương tự.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Sung H, Ferlay J, Rebecca LS et al (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A cancer Journal for clinicians*, 71 (3), 209 – 249.
2. Hu Y, Feit N, Huang Y et al (2018). Gastrointestinal metastasis of primary lung cancer: An analysis of 366 cases. *Oncology Letters*, 15(6), 9766 – 9776.
3. Riihimäki M, Hemminki A, Fallah M et al (2014). Metastatic sites and survival in lung cancer, *Lung Cancer*, 86(1), 78 -84.
4. Yang et al (2006). Gastro-intestinal metastasis of primary lung carcinoma: clinical presentations and outcome. *Lung cancer*, 54(3): 319 – 323.
5. Yoshimoto A, Kasahara K, Kawashima A ( 2006). Gastrointestinal metastases from primary lung cancer. *Eur J Cancer*, 42(8): 3157 – 3160.
6. Antler A S, Ough Y, Pitchumoni C et al (1982). Gastrointestinal Metastases from Malignant Tumors of the Lung. *Cancer*, 49(1): 170 – 172.

7. Kim S Y, Ha H K, Park S W et al (2009). Gastrointestinal Metastasis From Primary Lung Cancer: CT Findings and Clinicopathologic Features. *American Journal of Roentgenology*, 193(3): 197 – 201.
8. Kim MS, Kook EH, Ahn SH, et al (2009). Gastrointestinal metastasis of lung cancer with special emphasis on a long-term survivor after operation. *J Cancer Res Clin Oncol*, 135, 297 – 301.
9. Berger A, Cellier C, Daniel C, et al (1999). Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung: clinical findings and outcome. *Am J Gastroenterol*, 94(7): 1884 – 1887.
10. Naohiro Taira et al (2017). Analysis of gastrointestinal metastasis of primary lung cancer: Clinical characteristics and prognosis. *Oncol Lett*, 14(2): 2399 – 2404.
11. Ise N, Kotanagi H, Morii M, et al (2001). Small bowel perforation caused by metastasis from an extra-abdominal malignancy: report of three cases. *Surgery Today*, 31: 358 – 362.
12. Inoue et al (2022). Gastrointestinal stromal tumors: a comprehensive radiological review. *Japanese Journal of Radiology*, 40(11): 1105 – 1120.
13. Ghai S, Pattison J et al (2007). Primary Gastrointestinal Lymphoma : Spectrum of Imaging Findings With Pathologic Correlation. *RadioGraphics*, 27(5): 1371 – 1388.
14. Viswanathan C, Bhosale P et al (2012). Imaging of Complications of oncological therapy in the gastrointestinal system. *Cancer Imaging*, 12(1): 163 – 172.

---

Người liên hệ: Nguyễn Thành Nam: thanhnamhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/03/2023. Ngày nhận phản biện: 06/04/2023. Ngày chấp nhận đăng: 26/04/2023