

MASS-FORMING CHRONIC PANCREATITIS: A CASE REPORT

Nguyen Dac Khanh*, Nguyen Quang Huy, Nguyen Thi Ngoc Minh, Vu Viet Ha, Do Trong Ninh

Sun Hospital - Lot DMKT 1, Diplomatic Quarter, Duong Van An street, Hanoi, Vietnam

Received: 20/03/2026

Revised: 22/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Background: Mass-forming pancreatitis is a distinct clinical entity in which inflammation is localized, creating a focal mass. Differentiating mass-forming pancreatitis from pancreatic cancer remains one of the most significant challenges for radiologists. Due to its tumor-like presentation, patients are frequently misdiagnosed with malignancy.

Case report: We present a case of a 70-year-old female with a history of breast cancer who was admitted with obstructive jaundice. Ultrasound, CT scanner and magnetic resonance imaging revealed a mass in the pancreatic head associated with enlargement of the pancreatic body and tail. Laboratory findings showed elevated bilirubin; however, tumor markers (CEA, CA 19-9) and pancreatic enzymes (amylase, lipase) were within normal limits. Notably, initial blood work showed leukocytosis with an increased neutrophil percentage. Following biliary drainage to relieve the obstruction, subsequent tests revealed a persistent elevation in both the absolute white blood cell count and the eosinophil count (percentage and absolute), along with markedly high serum IgE and a borderline increase in IgG4 levels. Based on these findings, the patient was diagnosed with a suspected case of Type 1 autoimmune pancreatitis, characterized by concurrent peripheral eosinophilia and elevated serum IgE levels, which showed a favorable response to Corticosteroid therapy.

Conclusion: Type 1 autoimmune pancreatitis with eosinophilia and hyper-IgE can manifest as a mass-forming pancreatic lesion, mimicking pancreatic malignancy. Recognizing this specific clinical phenotype is crucial in clinical practice to ensure an accurate diagnosis and prevent unnecessary surgical interventions.

Keywords: Autoimmune pancreatitis, eosinophilia, pancreatic cancer, mass-forming pancreatitis, IgE.

*Corresponding author

Email: raddackhanh@gmail.com Phone: (+84) 338698222 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5485

VIÊM TỤY TẠO KHỐI GIẢ U: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Đắc Khánh*, Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Thị Ngọc Minh, Vũ Việt Hà, Đỗ Trọng Ninh

Bệnh viện Mắt trời - Lô ĐMKT 1, khu Ngoại giao đoàn, phố Dương Văn An, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 22/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy giả u là một thể lâm sàng đặc biệt của viêm tụy, trong đó tình trạng viêm thường tập trung khu trú tạo thành một khối. Việc phân biệt giữa viêm tụy giả u và ung thư tụy là một trong những bài toán khó khăn đối với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Do tính chất giả u, bệnh nhân thường bị chẩn đoán nhầm là ác tính.

Báo cáo ca bệnh: Chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nữ, 70 tuổi, có tiền sử ung thư vú, nhập viện với bệnh cảnh tắc mật. Hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cho thấy khối vùng đầu tụy kèm tăng kích thước thân và đuôi tụy. Xét nghiệm cận lâm sàng thấy bilirubin tăng; CEA, CA 19-9, amylase và lipase trong giới hạn bình thường; số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng; sau dẫn lưu đường mật giải quyết tình trạng tắc mật thấy số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu ưa acid tăng; IgE tăng cao; IgG4 tăng nhẹ. Bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi viêm tụy tự miễn type 1 có kèm theo tăng bạch cầu ái toan và IgE huyết thanh và đáp ứng tốt với điều trị bằng Corticosteroid.

Kết luận: Viêm tụy tự miễn type 1 kèm tăng bạch cầu ái toan và IgE huyết thanh có thể biểu hiện dưới dạng khối tụy giả u và dễ bị nhầm lẫn với ung thư tụy. Nhận diện đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, giúp định hướng chẩn đoán đúng và tránh các can thiệp phẫu thuật không cần thiết.

Từ khóa: Viêm tụy giả u, ung thư tụy, viêm tụy tự miễn, tăng bạch cầu ái toan, IgE.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy giả u (mass-forming pancreatitis) là một thể lâm sàng đặc biệt của viêm tụy, trong đó tình trạng viêm tập trung khu trú tạo thành khối. Viêm tụy giả u không phải là một bệnh lý riêng biệt mà là một biểu hiện hình thái của nhiều nguyên nhân viêm nhiễm khác nhau, phổ biến nhất bao gồm:

- Viêm tụy tự miễn (autoimmune pancreatitis): đặc biệt là type 1 (liên quan đến IgG4). Đây là nguyên nhân hàng đầu gây ra các khối giả u ở tụy. Chẩn đoán viêm tụy tự miễn hiện nay chủ yếu dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán đồng thuận quốc tế (ICDC) của Hiệp hội Quốc tế về bệnh lý tụy [1].
- Viêm tụy mạn tính khu trú: do sỏi ống tụy hoặc uống rượu kéo dài gây xơ hóa khu trú, thường gặp nhất ở vùng đầu tụy.
- Viêm tụy rãnh (groove pancreatitis): một dạng viêm tụy mạn khu trú nằm ở "rãnh" giữa đầu tụy, tá tràng và ống mật chủ.
- Các nguyên nhân hiếm gặp khác: nhiễm ký sinh trùng, lao tụy, hoặc viêm tụy sau chấn thương khu trú.

Việc phân biệt giữa viêm tụy giả u và ung thư tụy là một trong những bài toán khó khăn đối với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Do tính chất giả u, bệnh nhân thường bị chẩn

đoán nhầm là ác tính. Các thống kê y văn trên thế giới cho thấy khoảng 5-10% các trường hợp phẫu thuật cắt khối tá tụy được thực hiện dựa trên nghi ngờ ung thư, nhưng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ lại là viêm tụy lành tính [2].

Chúng tôi trình bày một trường hợp viêm tụy giả u - một thể lâm sàng đặc biệt của viêm tụy.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 70 tuổi, có tiền sử ung thư vú đã phẫu thuật và hoá trị cách đây 15 năm, theo dõi định kỳ không thấy tái phát. Trước vào viện 10 ngày bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau bụng thượng vị và mạn sườn phải tăng dần, vàng da, vàng mắt, ngứa nhiều, mệt mỏi, ăn uống kém, phân bạc màu.

Hình ảnh siêu âm cho thấy khối giảm âm kích thước 33 × 57 mm tại vùng đầu-mỏm móc tụy, thâm nhiễm ống mật chủ gây giãn đường mật, không thấy giãn ống tụy, có thâm nhiễm mỡ xung quanh tụy; phần tụy còn lại tăng kích thước; vùng rốn gan-đầu tụy, dọc bó mạch chủ bụng có các hạch hình bầu dục, lớn nhất kích thước 9 × 17 mm (hình 1).

*Tác giả liên hệ

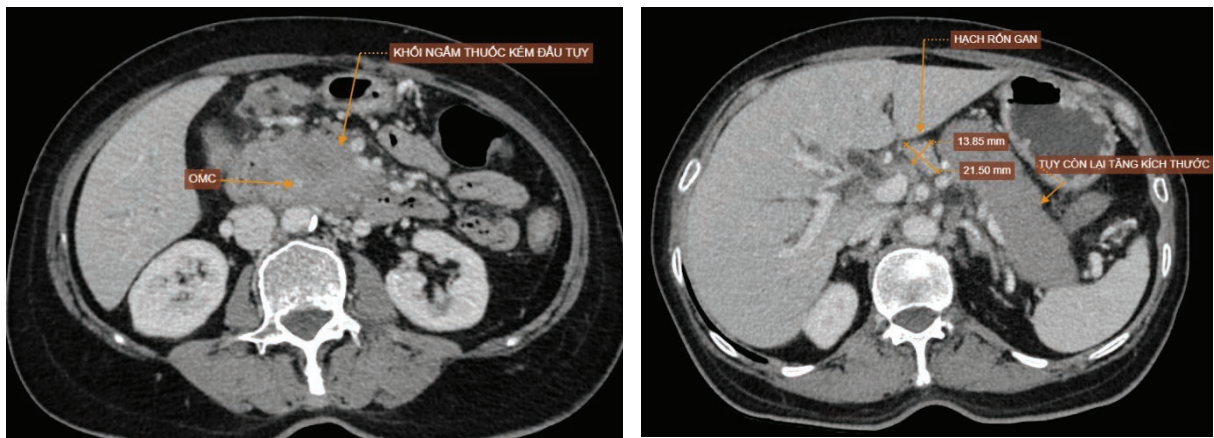
Email: raddackhanh@gmail.com Điện thoại: (+84) 338698222 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5485



Hình 1. Hình ảnh siêu âm tại thời điểm nhập viện

Trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy khối giảm thuốc kém không đồng nhất, kích thước 43 × 69 mm tại vùng đầu-mỏm móc tụy, thâm nhiễm ống mật chủ gây giãn đường mật, không thấy giãn ống tụy, có thâm nhiễm

mỡ xung quanh tụy; phần tụy còn lại tăng kích thước; nhiều hạch hình bầu dục vùng rốn gan-đầu tụy và dọc bó mạch chủ bụng, lớn nhất kích thước 14 × 21 mm (hình 2).



Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính tại thời điểm nhập viện

Xét nghiệm máu cho thấy: bilirubin toàn phần 76,89 umol/L, bilirubin trực tiếp 36,5 umol/L; số lượng bạch cầu 18,9 G/L, tỷ lệ bạch cầu trung tính 82,9%; amylase 19,23 U/L, lipase 9,45 U/L. Bệnh nhân sau đó được dẫn lưu đường mật trong và ngoài gan và điều trị kháng sinh để giải quyết tình trạng cấp cứu. Sau dẫn lưu 4 ngày, siêu âm

không thấy hình ảnh giãn đường mật trong và ngoài gan; xét nghiệm bilirubin toàn phần 45,44 umol/L, bilirubin trực tiếp 19,35 umol/L. Xét nghiệm khác cho thấy: CEA 2,47 ng/ml, CA 19-9 < 0,8 U/ml; số lượng bạch cầu 18,3 G/L và tỷ lệ bạch cầu ái toan 27,8% (bảng 1).

Bảng 1. Các xét nghiệm trong quá trình điều trị bệnh

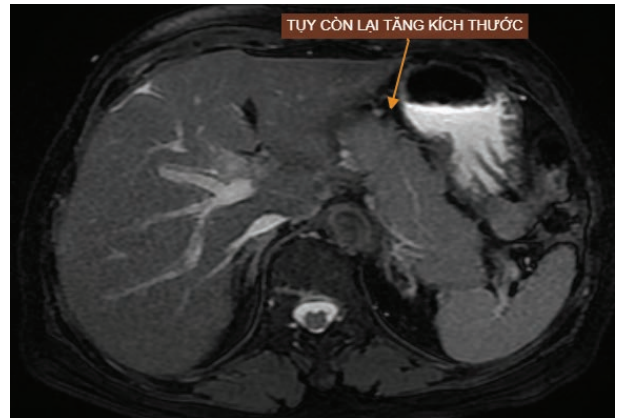
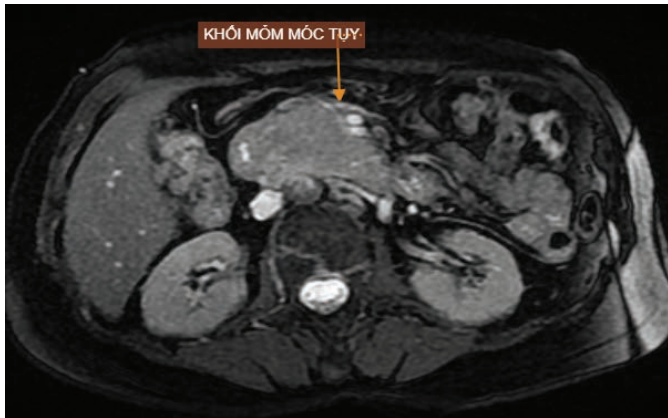
Xét nghiệm		Khoảng tham chiếu xét nghiệm	Ngày vào viện (đặt sonde dẫn lưu)	Sau dẫn lưu 4 ngày	Sau dẫn lưu 4 tuần (bắt đầu điều trị Corticoid)	Sau điều trị Corticoid 1 tháng
Bilirubin	Toàn phần (μmol/L)	5-21	76,89	45,44	36,37	13,86
	Trực tiếp (μmol/L)	≤ 3,4	36,5	19,35	9,8	3,06
Bạch cầu (G/L)		4-10	18,9	18,3	9,2	15,9
Bạch cầu trung tính (%)		45-75	82,9	57,8	41,6	57
Bạch cầu ái toan	Số lượng (G/L)	0-0,8	1,4	5,1	2,3	0,1
	Tỷ lệ (%)	0-8	7,6	27,8	25	0,9
Amylase (U/L)		22-80	30,9	11,62	79,99	
Lipase (U/L)		< 67	2,21		46,68	
CEA (ng/mL)		0-3		2,47		
CA 19-9 (U/mL)		< 35		< 0,8		
ANA		Âm tính			Dương tính 1+	
IgG4 (mg/dL)		3,9-86,4			91,2	42,5
IgE (UI/mL)		0-100			899	298

Tái khám sau 2 tuần kể từ thời điểm can thiệp, bệnh nhân vẫn còn cảm giác đau tức vùng hạ sườn phải, trong khi tình trạng tắc mật và nhiễm trùng đã cải thiện. Hình ảnh cộng

hưởng từ cho thấy kích thước khối vùng đầu-mỏm móc tụy, kích thước phần tụy còn lại và hạch ổ bụng không thay đổi so với lúc nhập viện (hình 3). Kết quả xét nghiệm khác

(sau can thiệp 4 tuần) cho thấy ANA dương tính 1+ với kiểu hình mitotic AC-24; IgG4 91,2 mg/dL (giới hạn bình thường 39,2-86,4 mg/dL); IgE 899 UI/mL (giới hạn bình thường

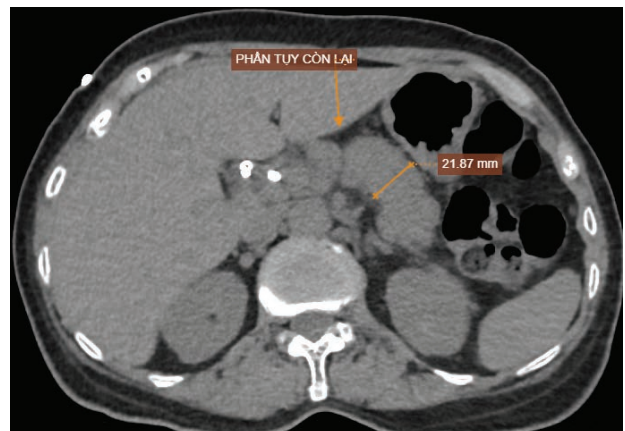
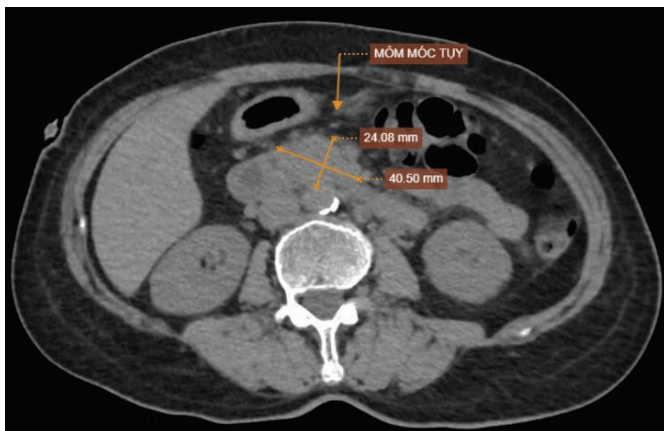
0-100 UI/mL) (bảng 1). Soi phân không phát hiện trứng giun sán, các xét nghiệm ký sinh trùng giun lươn, giun đũa chó mèo và sán lá gan nhỏ đều âm tính.



Hình 3. Hình ảnh cộng hưởng từ sau thời điểm nhập viện 2 tuần

Bệnh nhân và gia đình được tư vấn về kế hoạch sinh thiết khối ở vùng đầu-mỏm móc tụy để chẩn đoán nhưng từ chối thực hiện. Sau khi hội chẩn chuyên môn trong bệnh viện và thống nhất với gia đình, bệnh nhân được chỉ định điều trị thử bằng Methylprednisolone (Medrol) 32 mg/ngày.

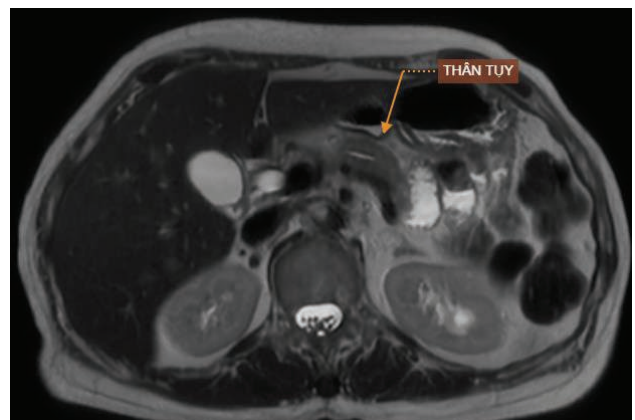
Tái khám sau điều trị Corticosteroid 2 tuần, bệnh nhân không còn đau bụng, xét nghiệm bilirubin trở về giới hạn bình thường. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cho thấy kích thước tổn thương đầu-mỏm móc tụy, phần tụy còn lại, hạch ổ bụng giảm đáng kể (hình 4). Bệnh nhân sau đó được kẹp và rút dẫn lưu mật, đồng thời tiếp tục duy trì Methylprednisolone 32 mg.



Hình 4. Hình ảnh cắt lớp vi tính sau điều trị Corticosteroid 2 tuần

Xét nghiệm sau 1 tháng điều trị phác đồ Corticosteroid cho thấy số lượng bạch cầu 15,9 G/L, số lượng và tỷ lệ bạch cầu ưa acid trong giới hạn bình thường; IgG4 42,5 mg/dL (giới hạn bình thường 39,2-864 mg/dL); IgE 298 UI/

mL (giới hạn bình thường 0-100 UI/mL) (bảng 1). Hình ảnh cộng hưởng từ không thấy khối vùng đầu-mỏm móc tụy, kích thước tuyến tụy đã trở về giới hạn bình thường, không thấy hạch bất thường ổ bụng (hình 5).



Hình 5. Hình ảnh cộng hưởng từ sau điều trị Corticosteroid 1 tháng

Bệnh nhân được điều chỉnh liều Corticosteroid theo phác đồ và tiếp tục theo dõi định kỳ sau điều trị Corticosteroid 3 tháng, 6 tháng và 1 năm: không phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường của tụy và hạch ổ bụng trên siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ.

3. BÀN LUẬN

Viêm tụy giả u thường xuất hiện trên những bệnh nhân có tiền sử viêm tụy mạn tính. Đặc điểm bệnh học chính là tình trạng xơ hóa mô kẽ tiến triển đi kèm với thâm nhiễm viêm mạn tính. Việc chẩn đoán phân biệt với bệnh lý ác tính có thể rất khó khăn do viêm tụy giả u và u tụy có thể biểu hiện cùng một nhóm các triệu chứng lâm sàng và đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh [3].

Viêm tụy tự miễn là một loại viêm tụy mạn tính hiếm gặp, hệ quả từ phản ứng miễn dịch bất thường chống lại tuyến tụy, dẫn đến tình trạng viêm và xơ hóa. Mặc dù viêm tụy tự miễn hiếm gặp, nhưng tỷ lệ mắc đang có xu hướng gia tăng và thường bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý tuyến tụy khác. Viêm tụy tự miễn thường được phân thành 2 loại: viêm tụy tự miễn type 1 thường liên quan đến sự gia tăng nồng độ immunoglobulin G4 (IgG4) trong huyết thanh và các biểu hiện hệ thống; trong khi viêm tụy tự miễn type 2 thường là một dạng bệnh lý khu trú hơn và có thể cùng tồn tại với các rối loạn tự miễn khác, đặc biệt là bệnh viêm ruột (IBD). Các biểu hiện lâm sàng của viêm tụy tự miễn chủ yếu bao gồm vàng da không đau và sụt cân. Nồng độ IgG4 huyết thanh tăng cao là đặc điểm đặc trưng của viêm tụy tự miễn type 1. Việc chẩn đoán dựa trên sự kết hợp giữa các phát hiện lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học, do các triệu chứng của viêm tụy tự miễn rất giống với các rối loạn tuyến tụy khác. Phương pháp điều trị chính cho viêm tụy tự miễn là liệu pháp Steroid, vốn có hiệu quả trong hầu hết các trường hợp. Những trường hợp nặng có thể cần thêm các thuốc ức chế miễn dịch bổ trợ [4].

Ca bệnh trong báo cáo này (bệnh nhân nữ 70 tuổi) nhập viện với các triệu chứng nghi ngờ ác tính: vàng da tắc mật, mệt mỏi và chẩn đoán hình ảnh cho thấy một khối ngấm thuốc kém kích thước lớn (43 × 69 mm) tại vùng đầu-mỏm móc tụy (không có viền bao quanh khối này), phần tụy còn lại tăng kích thước, không thấy dấu hiệu giãn ống tụy hình tràng hạt (phù hợp với mức độ 2 theo tiêu chuẩn ICDC về viêm tụy tự miễn type 1). Với tiền sử ung thư vú, nghi ngờ ban đầu về một khối u tụy nguyên phát hoặc di căn từ ung thư vú là hoàn toàn có cơ sở; xét nghiệm cho thấy CEA, CA 19-9, amylase và lipase trong giới hạn bình thường, vì vậy chúng tôi nghi ngờ bệnh nhân bị viêm tụy tự miễn. Xét nghiệm nồng độ IgG4 trong huyết thanh tăng nhẹ, ANA dương tính (mức độ 2 theo tiêu chuẩn ICDC về viêm tụy tự miễn type 1). Dựa vào đặc điểm hình ảnh và xét nghiệm, chẩn đoán được đưa ra là nghi ngờ viêm tụy tự miễn type 1.

Số liệu từ nghiên cứu của Sawako Kuruma và cộng sự cho thấy có tới 60% bệnh nhân viêm tụy tự miễn có tăng IgE huyết thanh và 36% có kèm theo các bệnh lý dị ứng hoạt động như viêm mũi dị ứng hay hen phế quản [5]. Tình trạng tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi xuất hiện ở khoảng 16% bệnh nhân trong nghiên cứu trên. Trong bệnh lý liên quan đến IgG4 (IgG4-RD), sự kích hoạt tế bào T-helper 2 (Th2) và T-regulatory không chỉ sản sinh IgG4 mà còn kích thích sản xuất IgE và huy động bạch cầu ái toan thông qua IL-4, IL-5 và IL-13 [6]. Cơ chế này có thể giải thích sự hiện diện đồng thời

của tăng IgG4, IgE và bạch cầu ái toan ở một số bệnh nhân viêm tụy tự miễn type 1. Bệnh nhân của chúng tôi có tình trạng tăng nồng độ IgE trong huyết thanh và tăng tỷ lệ bạch cầu ái toan, chúng tôi đã làm các xét nghiệm soi phân và xét nghiệm huyết thanh để loại trừ nhiễm ký sinh trùng thường gặp. Điều này gợi ý rằng ca bệnh của chúng tôi nằm trong một phân nhóm (phenotype) đặc biệt của viêm tụy tự miễn type 1, nơi mà phản ứng quá mẫn type 1 (thông qua IgE) đóng vai trò quan trọng bên cạnh cơ chế tự miễn điển hình.

Mặc dù tình trạng tăng bạch cầu ái toan rõ rệt có thể gợi ý đến viêm tụy ái toan (EP). Tuy nhiên nồng độ IgG4 huyết thanh tăng, tụy tăng kích thước lan tỏa kiểu “xúc xích” trên hình ảnh và sự tồn tại của các hạch phản ứng hệ thống không phải là đặc điểm điển hình của viêm tụy ái toan. Ngoài ra, bệnh nhân không có tiền sử dị ứng, vì vậy chúng tôi cho rằng chẩn đoán của bệnh nhân là viêm tụy tự miễn type 1 có kèm tăng bạch cầu ái toan và IgE huyết thanh.

Người bệnh từ chối sinh thiết để chẩn đoán xác định, vì vậy chúng tôi điều trị thử với liệu pháp Corticosteroid và kết quả cho thấy bệnh nhân đáp ứng rất tốt: nồng độ IgG4 trong huyết thanh, tỷ lệ bạch cầu ái toan trở về ngưỡng bình thường, IgE giảm nhiều nên chúng tôi khẳng định đây là trường hợp mắc viêm tụy tự miễn type 1, có kèm theo tăng bạch cầu ái toan và IgE huyết thanh.

4. KẾT LUẬN

Viêm tụy tự miễn type 1 kèm tăng bạch cầu ái toan và IgE huyết thanh có thể biểu hiện dưới dạng khối tụy giả u và dễ bị nhầm lẫn với ung thư tụy. Nhận diện đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, giúp định hướng chẩn đoán đúng và tránh các can thiệp phẫu thuật không cần thiết.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Shimosegawa T, Chari S.T, Frulloni L et al. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis: guidelines of the International Association of Pancreatology. *Pancreas*, 2011, 40 (3): 352-358. doi: 10.1097/MPA.0b013e3182142fd2
- [2] Yarandi S.S, Runge T, Wang L et al. Increased incidence of benign pancreatic pathology following pancreaticoduodenectomy for presumed malignancy over 10 years despite increased use of endoscopic ultrasound. *Diagn Ther Endosc*, 2014, 2014: 701535. doi: 10.1155/2014/701535
- [3] D'Onofrio M, Zamboni G, Tognolini A et al. Mass-forming pancreatitis: value of contrast-enhanced ultrasonography. *World J Gastroenterol*, 2006, 12 (26): 4181-4184. doi: 10.3748/wjg.v12.i26.4181
- [4] Gallo C, Dispinzieri G, Zucchini N, Invernizzi P, Massironi S. Autoimmune pancreatitis: cornerstones and future perspectives. *World J Gastroenterol*, 2024, 30 (8): 817-832. doi: 10.3748/wjg.v30.i8.817
- [5] Kuruma S, Kamisawa T, Tabata T et al. Allergen-specific IgE antibody serologic assays in patients with autoimmune pancreatitis. *Intern Med*, 2014, 53 (6): 541-543. doi: 10.2169/internalmedicine.53.0963
- [6] Michailidou D, Schwartz D.M, Mustelin T, Hughes G.C. Allergic aspects of IgG4-related disease: implications for pathogenesis and therapy. *Front Immunol*, 2021, 12: 693192. doi: 10.3389/fimmu.2021.693192.