

A RARE CASE OF DUODENAL ECTROPIC CANCER

Nguyen Viet Thu*, Hoang Van Lan Duc, Ngo Van Doan, Vu Huy Hoang, Nguyen Truong Duc

*Center for Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, Vinmec Times City International General Hospital
- 458 Minh Khai, Hai Ba Trung ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 17/12/2025

Revised: 20/02/2025; Accepted: 28/04/2026

ABSTRACT

Duodenal adenocarcinoma is a rare malignancy of the gastrointestinal tract, often diagnosed at a late stage due to nonspecific symptoms. While complete surgical resection offers the best long-term survival rate, recurrence rates remain significant, with the majority of recurrences occurring within the first two years. However, specific guidelines for optimal management of recurrence after surgery for duodenal adenocarcinoma are still lacking. Treatment guidelines are based on a small number of cases or on colorectal cancer treatment protocols, posing a significant challenge for clinicians in improving patient outcomes.

This case report highlights a rare case of duodenal adenocarcinoma that underwent pancreaticoduodenectomy, lymph node dissection, and abdominal lymph node recurrence, aiming to describe a treatment strategy and contribute to the limited body of evidence for this rare and challenging condition.

Keywords: Adenocarcinoma, duodenal cancer, small intestine cancer.

*Corresponding author

Email: vietthubs@gmail.com **Phone:** (+84) 969558839 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD5.4968

MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TÁ TRÀNG

Nguyễn Viết Thụy*, Hoàng Văn Làn Đức, Ngô Văn Đoàn, Vũ Huy Hoàng, Nguyễn Trường Đức

Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City - 458 Minh Khai, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 20/02/2025; Ngày duyệt đăng: 28/04/2026

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến tá tràng là một bệnh ác tính hiếm gặp ở đường tiêu hóa, thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn do các triệu chứng không đặc hiệu. Mặc dù phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn mang lại cơ hội sống lâu dài tốt nhất, nhưng tỷ lệ tái phát vẫn còn đáng kể, với phần lớn các trường hợp tái phát thường xảy ra trong vòng hai năm đầu. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu các hướng dẫn cụ thể về việc quản lý tối ưu tái phát sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến tá tràng. Các hướng dẫn điều trị dựa trên số ca bệnh ít hoặc dựa trên các phác đồ điều trị ung thư đại trực tràng, đặt ra một thách thức đáng kể cho các bác sĩ lâm sàng trong việc cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân.

Báo cáo ca bệnh này nêu bật một trường hợp hiếm gặp về ung thư biểu mô tuyến tá tràng đã được phẫu thuật cắt khối tá-tụy, vét hạch và tái phát hạch ổ bụng, nhằm mục đích mô tả một chiến lược điều trị và đóng góp vào kho bằng chứng hạn chế cho tình trạng hiếm gặp và đầy thách thức này.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến, ung thư tá tràng, ung thư ruột non.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến tá tràng là loại ung thư hiếm gặp, chiếm khoảng 0,3-1% các ung thư đường tiêu hóa, và khoảng 30-50% ung thư ruột non [1], [3], [7]. Ung thư biểu mô tuyến là loại ung thư phổ biến nhất ở tá tràng, trong khi các khối u ác tính ở hồng tràng thường bắt nguồn từ các tế bào thần kinh nội tiết.

Bệnh thường gặp ở độ tuổi 50-70, nam giới chiếm ưu thế nhẹ. Các yếu tố nguy cơ được ghi nhận gồm: bệnh đa polyp tuyến gia đình, hội chứng Gardner, hội chứng Lynch, hội chứng Muir-Torre, bệnh Celiac, hội chứng Peutz-Jeghers, hội chứng đa polyp vị thành niên và bệnh Crohn [4], [6].

Ung thư biểu mô tuyến tá tràng thường có triệu chứng lâm sàng mơ hồ: đau âm ỉ vùng thượng vị, buồn nôn, sụt cân, chán ăn hoặc đôi khi là vàng da tắc mật. Do đó, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển.

Tỷ lệ sống còn phụ thuộc mạnh vào giai đoạn bệnh và khả năng phẫu thuật triệt căn. Trong các trường hợp có thể phẫu thuật, phẫu thuật Whipple là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Tuy vậy, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật vẫn cao, đặc biệt ở nhóm có nguy cơ trung bình-cao (pT3-T4, có hạch di căn).

Tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật 1 năm, 2 năm và 5 năm lần lượt là 100%, 73,3% và 31,6% [4], [8-9].

Trong báo cáo này, chúng tôi mô tả một trường hợp hiếm gặp của ung thư biểu mô tuyến tá tràng, phẫu thuật triệt căn, vai trò của hóa trị hỗ trợ và theo dõi định kỳ sau phẫu thuật.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân Dương Văn G., nam, 72 tuổi, trú tại tỉnh Thái Nguyên, tiền sử khỏe mạnh, không hút thuốc, không uống rượu.

- **Lý do vào viện:** bệnh nhân đến khám ở Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City vì đau âm ỉ vùng thượng vị khoảng 2 tuần, buồn nôn, không sụt cân, không chán ăn, không đi ngoài phân đen.

- **Khám lâm sàng:** bệnh nhân tỉnh táo, mạch 80 lần/phút, huyết áp 120/80 mmHg, không vàng da, không sờ thấy khối u vùng bụng, không phát hiện gì bất thường rõ rệt.

- Cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu: thiếu máu nhẹ với số lượng hồng cầu 3,8 T/L, chỉ số huyết sắc tố 10,8 g/dL, men gan bình thường. Các marker u trong giới hạn bình thường (CEA 2,83 ng/ml, CA 72-4 < 1,50 U/ml).

Nội soi dạ dày-tá tràng: đoạn D2 tá tràng có tổ chức loét sùi chêm hết chu vi, gây hẹp lòng. Sinh thiết xác định ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (hình 1).

Chụp cắt lớp vi tính ngực-bụng-tiểu khung: khối tỷ trọng tổ chức ở đoạn D2 tá tràng ngấm thuốc cản quang mạnh và không đồng nhất, gây hẹp lòng tá tràng, có giới hạn kém rõ với đầu tụy, chèn ép kênh chung mật-tụy, gây giãn nhẹ đường mật và ống tụy, có thâm nhiễm mỡ cạnh phải tổn thương. Không nghi ngờ di căn ở gan và các tạng khác. Không nghi ngờ hạch bất thường xung quanh (hình 2A, 2B).

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá-tụy, vét hạch, không có biến chứng sau phẫu thuật.

- Giải phẫu bệnh sau mổ xác nhận ung thư biểu mô tuyến tá tràng, biệt hóa vừa, xâm lấn vào mô mỡ quanh tụy, chưa di căn hạch (tất cả các hạch đều âm tính - 0/7), các diện cắt không có u. Giai đoạn TNM (AJCC 8th): pT3N0-R0 (hình 3).

- Điều trị hỗ trợ sau mổ: bệnh nhân có chỉ định hóa trị hỗ trợ nhưng từ chối.

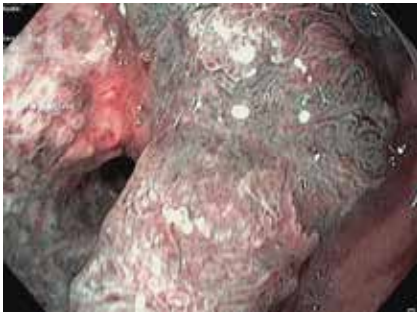
- Tái khám: khoảng 2 năm sau mổ người bệnh quay trở lại khám tại bệnh viện, được chỉ định chụp PET/CT cho thấy nhiều hạch to mạc treo và cạnh bó mạch chậu ngoài hai bên, tăng chuyển hóa FDG, khả năng cao là di căn (hình 4).

- Kết quả sinh thiết hạch ổ bụng và xác định di căn ung thư biểu mô tuyến (hình 5).

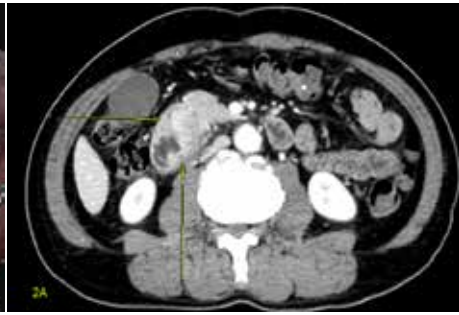
Sau đó bệnh nhân được chuyển viện sang Bệnh viện K điều trị tiếp theo nguyện vọng cá nhân.

*Tác giả liên hệ

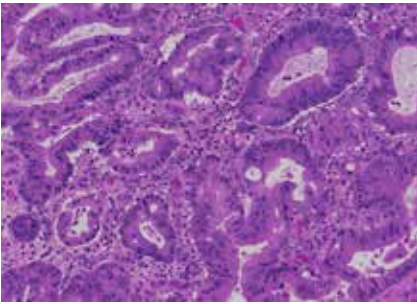
Email: vietthubs@gmail.com Điện thoại: (+84) 969558839 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4968



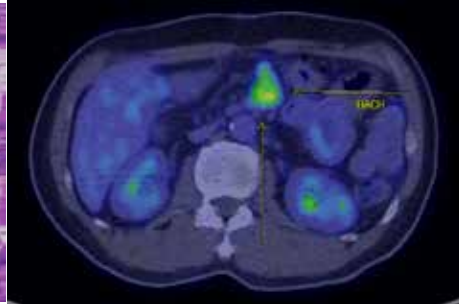
Hình 1. Nội soi trước phẫu thuật



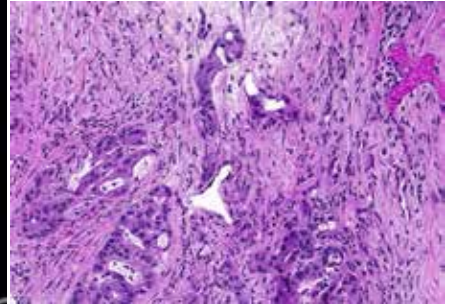
Hình 2A, 2B. Chụp cắt lớp vi tính trước phẫu thuật, khối tỷ trọng tổ chức đoạn D2 tá tràng gây hẹp lòng tá tràng (mũi tên chỉ)



Hình 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ u tá tràng



Hình 4. Chụp PET/CT thấy hạch cận bó mạch mạc treo tràng trên uptake FDG (mũi tên chỉ)



Hình 5. Giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến di căn hạch ổ bụng

3. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến tá tràng hiếm gặp, nhưng nếu được chẩn đoán sớm, tiên lượng tốt hơn đáng kể so với ung thư tụy [5]. Triệu chứng mơ hồ khiến bệnh dễ bị nhầm với loét tá tràng hoặc viêm dạ dày.

Vai trò của phẫu thuật: vị trí u phức tạp đòi hỏi phẫu thuật lớn cắt khối tá-tụy (Whipple). Phẫu thuật Whipple vẫn là điều trị chuẩn cho các ung thư tá tràng đoạn D2 và có khả năng cắt bỏ như ở trường hợp này. Ca bệnh cho thấy việc cắt khối tá-tụy có thể thực hiện an toàn, không biến chứng.

Vai trò của hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật ung thư biểu mô tá tràng chưa được xác định rõ ràng, song một số nghiên cứu thấy rằng hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật giúp một số bệnh nhân giảm tái phát tại chỗ-khu vực, đặc biệt là những bệnh nhân có các đặc điểm nguy cơ cao như hạch di căn, khối u giai đoạn muộn (T3-T4) hoặc xâm lấn xung quanh; tuy nhiên, lợi ích về tỷ lệ sống sót tổng thể không có ý nghĩa thống kê và cần có các nghiên cứu tiếp theo [2].

Vấn đề theo dõi sau điều trị: tái phát chủ yếu dưới dạng di căn hạch vùng và hạch xa, phù hợp với đặc điểm lan tràn đường bạch huyết của ung thư tá tràng. PET/CT đóng vai trò định vị tổn thương tăng chuyển hóa, giúp sinh thiết chính xác vị trí hạch bất thường, hỗ trợ đánh giá chính xác mức độ bệnh trước điều trị.

Yếu tố tiên lượng: trong trường hợp này khối u ở giai đoạn tương đối muộn (T3), đã được phẫu thuật triệt căn, chưa di căn hạch, có xâm lấn lớp mỡ cạnh đầu tụy, nên nguy cơ tái phát vẫn đáng kể. Ca bệnh tái phát sau 2 năm đòi hỏi sự cần thiết phải nghiên cứu phát triển các liệu pháp điều trị toàn thân hiệu quả.

5. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến tá tràng là bệnh lý hiếm và khó chẩn đoán sớm do triệu chứng mơ hồ, cần khám chuyên khoa tiêu hóa sớm khi có đau bụng thượng vị kéo dài hay sụt cân. Phẫu thuật triệt căn và hóa trị bổ trợ sẽ mang lại tiên lượng tốt cho bệnh nhân.

Việc theo dõi lâu dài và phát hiện tái phát sớm có vai trò quan trọng trong quản lý bệnh nhân, khẳng định giá trị của chụp PET/CT và sinh thiết trong chẩn đoán tái phát và quyết định chiến lược điều trị tiếp theo.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Alwmark A, Andersson A et al. Primary carcinoma of the duodenum. *Ann Surg*, 1980, 191 (1): 13-18. doi: 10.1097/0000658-198001000-00003.
- [2] Jang B.S, Park H.J et al. Role of adjuvant chemoradiotherapy for duodenal cancer: an updated analysis of long-term follow-up from single institution. *World J Surg*, 2018, 42 (10): 3294-3301.
- [3] Hatzaras I, Palesty J.A et al. Small-bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the Connecticut tumor registry. *Arch Surg*, 2007, 142 (3): 229-235. doi: 10.1001/archsurg.142.3.229.
- [4] Ho Xuan Tuan, Dau Quang Lieu và cộng sự. A rare case of duodenal adenocarcinoma. *Radiol Case Rep*, 2023, 18 (12): 4400-4403.
- [5] Sun H, Liu Y et al. Prognostic factors and clinical characteristics of duodenal adenocarcinoma with survival: a retrospective study. *Front Oncol*, 2021, 11: 795891. doi: 10.3389/fonc.2021.795891.
- [6] Kalogerinis P.T, Poulos J.E et al. Duodenal carcinoma at the ligament of Treitz: a molecular and clinical perspective. *BMC Gastroenterol*, 2010, 10: 109. doi: 10.1186/1471-230X-10-109.
- [7] Kim M.J et al. Clinicopathological characteristics and survival of duodenal adenocarcinoma. *J Korean Surg Soc*, 2013, 84 (2): 83-89.
- [8] Czaykowski P, Hui D. Chemotherapy in small bowel adenocarcinoma: 10-year experience of the British Columbia Cancer Agency. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 2007, 19 (2): 143-9.
- [9] Han S.L, Cheng J et al. Surgically treated primary malignant tumor of small bowel: a clinical analysis. *World J Gastroenterol*, 2010, 16 (12): 1527-1532.