PRIMARY HEPATIC ANGIOSARCOMA: A CASE REPORT

Nguyen Thi Hong Van[1,2], Dang Anh Phuong[2]*, Nguyen Phuong Hoa[1], Truong Hong Duc[2]

[1]*University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam*

[2]*Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi city, Vietnam*

Received: 20/7/2026
Reviced: 30/7/2026; Accepted:

ABSTRACT

Background: Primary hepatic angiosarcoma is a rare malignant vascular tumor with nonspecific clinical manifestations, making early diagnosis challenging.

Case presentation: A 69-year-old man with a 3-year history of stage 4 chronic kidney disease presented with nonspecific symptoms. Laboratory investigations revealed anemia and eosinophilia, while liver function tests, coagulation profile, hepatitis B, and HIV screening were unremarkable. Imaging demonstrated an ill-defined mass in segment VII of the liver.

Intervention and outcome: The patient underwent ultrasound-guided liver biopsy. Histopathological examination combined with immunohistochemistry showed diffuse atypical endothelial cells expressing CD31, CD34, and ERG, confirming the diagnosis of primary hepatic angiosarcoma.

Conclusion: Primary hepatic angiosarcoma should be considered in the differential diagnosis of atypical hepatic masses. Histopathological examination combined with immunohistochemistry is essential for establishing a definitive diagnosis.

Keywords: Angiosarcoma, primary hepatic angiosarcoma.

*Corresponding author
Email: dr.anhphuong@gmail.com **Phone**: (+84) 989355969 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

SARCOMA MẠCH MÁU GAN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Hồng Vân[1,2], Đặng Anh Phương[2]*, Nguyễn Phương Hoa[1], Trương Hồng Đức[2]

[1]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 20/7/2026
Ngày chỉnh sửa: 30/7/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Bối cảnh: Sarcoma mạch máu gan nguyên phát là khối u ác tính rất hiếm gặp của nội mô mạch máu, có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu nên việc chẩn đoán còn nhiều khó khăn.

Trình bày ca bệnh: Bệnh nhân nam 69 tuổi, có tiền sử bệnh thận mạn giai đoạn 4 trong 3 năm. Xét nghiệm ghi nhận thiếu máu và tăng bạch cầu ái toan; các xét nghiệm chức năng gan, đông máu, viêm gan B và HIV đều trong giới hạn bình thường hoặc âm tính. Siêu âm ổ bụng và cộng hưởng từ phát hiện khối u ranh giới không rõ ở hạ phân thùy VII gan phải.

Can thiệp và diễn biến: Bệnh nhân được sinh thiết tổn thương gan. Giải phẫu bệnh kết hợp hóa mô miễn dịch xác định chẩn đoán sarcoma mạch máu gan nguyên phát.

Kết luận: Sarcoma mạch máu gan nguyên phát cần được lưu ý trong chẩn đoán phân biệt các khối u gan không điển hình. Giải phẫu bệnh kết hợp hóa mô miễn dịch có vai trò quyết định trong chẩn đoán xác định.

Từ khóa: Ung thư mạch máu, ung thư mạch máu gan nguyên phát.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư mạch máu (angiosarcoma) gan nguyên phát là một bệnh ác tính hiếm gặp nhưng có mức độ tiến triển nhanh và tiên lượng xấu. Đây là khối u trung mô ác tính nguyên phát phổ biến nhất ở gan người trưởng thành, chiếm 0,1-2% các ung thư gan nguyên phát và là loại ung thư gan nguyên phát phổ biến thứ ba ở người trưởng thành, thường gặp ở nam giới từ 60-70 tuổi [1]. Bệnh thường biểu hiện với các triệu chứng không đặc hiệu, đôi khi không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng và chỉ được phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Tại Việt Nam, các trường hợp bệnh được ghi nhận còn hạn chế, do đó chúng tôi báo cáo ca bệnh sarcoma gan được chẩn đoán ở bệnh nhân nam 69 tuổi nhằm góp phần làm rõ đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và mô bệnh học, hỗ trợ chẩn đoán bệnh hiếm gặp này.

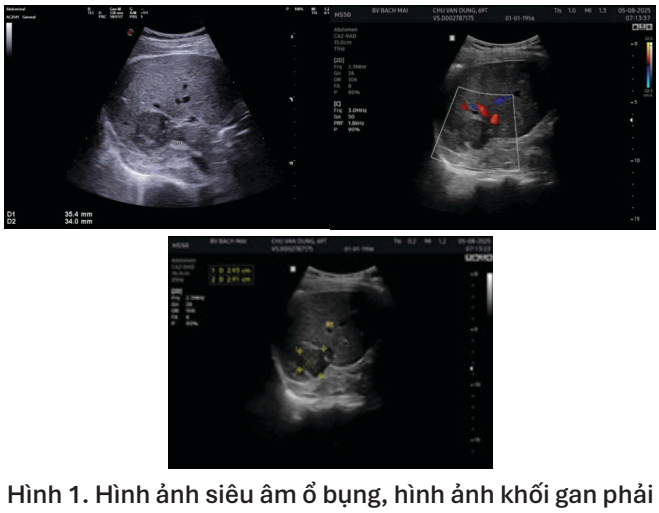
2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 69 tuổi, có tiền sử bệnh thận mạn giai đoạn 4 trong 3 năm, đang điều trị duy trì đạm thận Ketosteril 600 mg, 6 viên/ngày. Ngoài ra, bệnh nhân còn mắc gút và tăng huyết áp điều trị thường xuyên, không nghiện rượu, không nghiện thuốc lá. Bệnh nhân đi khám sức khỏe định kỳ.

Xét nghiệm:

Chỉ số		Giá trị
Huyết học	Số lượng hồng cầu	2,85 T/L
	Huyết sắc tố	83 g/L
	Hematocrite	0,250 L/L
	Số lượng bạch cầu	4,3 G/L
	Tỷ lệ bạch cầu hạt	62,9%
	Số lượng tiểu cầu	165 G/L
Sinh hóa	AST	29 U/L
	ALT	27 U/L
	Bilirubin toàn phần	4,3 µmol/L
	Bilirubin trực tiếp	2,2 µmol/L
	PT	11,5 giây
	APTT	23 giây
Miễn dịch	HBsAg	Âm tính
	HIV Ag Ab	Âm tính

Siêu âm ổ bụng:

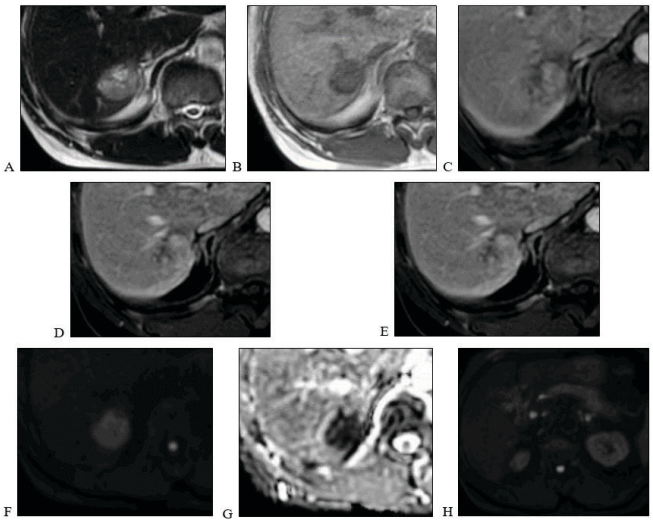


Hình 1. Hình ảnh siêu âm ổ bụng, hình ảnh khối gan phải

Khối giảm âm không đều hạ phân thùy VII gan phải, kích thước khoảng 35 × 34 mm, ranh giới có phần không rõ, không tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler màu.

*Tác giả liên hệ
Email: dr.anhphuong@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 989355969 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

Chụp cộng hưởng từ gan mật:

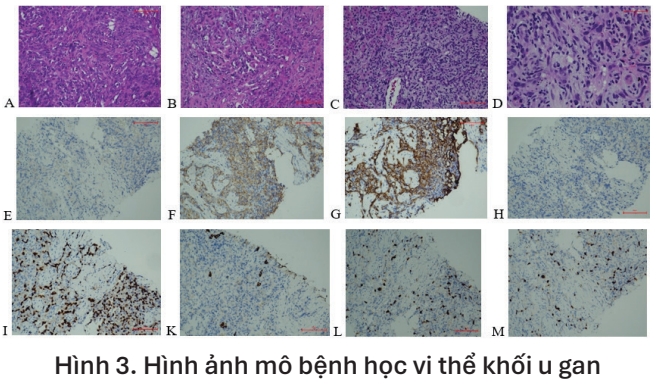


Hình 2. Hình ảnh cộng hưởng từ

A: chuỗi xung T2W tăng tín hiệu không đều; B: chuỗi xung T1W giảm tín hiệu không đều, không sụt giảm tín hiệu trên In/Out-phase; C: hình ảnh thì động mạch sau tiêm, tăng ngấm thuốc không đều; D: hình ảnh thì tĩnh mạch cửa sau tiêm, tăng ngấm thuốc dần, không đều; E: hình ảnh sau tiêm thì muộn, tăng ngấm thuốc dần, đồng nhất hơn, không thấy thải thuốc; E và G: DWI/ADC hạn chế khuếch tán; H: vài hạch vùng cạnh rốn gan, đầu tụy, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC.

Gan kích thước bình thường, bờ đều, khối ở hạ phân thùy VII, kích thước khoảng 35 × 30 mm, ranh giới có phần không rõ, nằm sát bao gan, ranh giới còn rõ với các cơ quan lân cận, trên các chuỗi xung.

Sinh thiết tổn thương gan:



Hình 3. Hình ảnh mô bệnh học vi thể khối u gan

A và B: nhuộm H.E 20x; C: 20x; D: 40x; E: âm tính với dấu ấn CD30 20x; F: dương tính với dấu ấn CD31 20x; G: dương tính với dấu ấn CD34 20x; H: âm tính với dấu ấn EMA 20x; I: dương tính với dấu ấn ERG 20x; K: âm tính với Heppar-1 20x; L và M: chỉ số tăng sinh Ki-67 20x.

Bệnh phẩm sau khi sinh thiết được tiến hành làm giải phẫu bệnh và nhuộm hóa mô miễn dịch.

Kết quả mô bệnh học (hình 3): trên tiêu bản nhuộm hematoxylin-eosin ở độ phóng đại ×20, mô u gồm các tế bào tân sinh sắp xếp không đều, xâm nhập lan tỏa vào mô gan lành xung quanh. Các tế bào u có hình thoi hoặc đa dạng về hình dạng, nhân tăng sắc, dị dạng rõ, tỷ lệ nhân/bào tương cao. Một số vùng quan sát thấy các tế bào u tạo thành cấu trúc dạng khe mạch hoặc xoang mạch nhỏ, trong lòng chứa hồng cầu. Mô đệm u có đặc điểm sợi thô, xuất hiện vùng hoại tử rải rác và tăng sinh mạch máu. Số lượng nhân chia cao, có nhân chia bất thường. Không thấy mô tuyến hay bè tế bào đặc trưng của tế bào gan bình thường. Kết quả hóa mô miễn dịch cho thấy tế bào u dương tính mạnh với CD31, CD34 và ERG, khẳng định nguồn gốc từ tế bào nội mô mạch máu. Các dấu ấn CD30, EMA, Heppar-1 âm tính sẽ giúp loại trừ khả năng carcinoma gan nguyên phát hoặc u biểu mô khác. Chỉ số Ki-67 tăng cao biểu hiện mức độ tăng sinh mạnh của tế bào u.

3. BÀN LUẬN

Angiosarcoma là khối u ác tính của tế bào nội mô mạch máu hoặc mạch bạch huyết, có diễn tiến nhanh và tiên lượng xấu. Angiosarcoma gan nguyên phát là bệnh hiếm gặp nhưng là khối u trung mô ác tính nguyên phát thường gặp nhất của gan ở người trưởng thành, chủ yếu gặp ở nam giới 60-70 tuổi với tỷ lệ nam/nữ khoảng 3-4/1 [1].

Bệnh nhân của chúng tôi là nam giới, 69 tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của sarcoma mạch máu gan nguyên phát. Tổng quan của Santiago Rojas và cộng sự trên 886 trường hợp ghi nhận bệnh chủ yếu gặp ở nam giới, với tuổi trung bình 57, tiền sử viêm gan B hoặc phơi nhiễm các chất gây ung thư chỉ được ghi nhận ở một tỷ lệ rất thấp [2]. Tương tự, Dong Zeng và cộng sự ghi nhận angiosarcoma gan nguyên phát chủ yếu gặp ở nam giới (tỷ lệ nam/nữ là 1,79/1), với tuổi trung bình 62,2 và đa số bệnh nhân trên 50 tuổi [3]. Đặc điểm này phù hợp với các báo cáo trước đây, cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở nam giới lớn tuổi.

Xét nghiệm ở bệnh nhân sarcoma mạch máu gan thường ghi nhận thiếu máu, giảm tiểu cầu và tăng men gan do nhu mô gan bị thay thế bởi khối u. Các dấu ấn ung thư như AFP, CEA, CA19-9 và CA125 thường trong giới hạn bình thường hoặc chỉ tăng nhẹ [1]. Bệnh nhân có thiếu máu và tăng bạch cầu ái toan, trong khi chức năng gan, bilirubin và các xét nghiệm đông máu đều bình thường, gợi ý tổn thương còn khu trú; đồng thời âm tính với viêm gan B và HIV. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Yi-Ping Zhu và cộng sự, ngoại trừ bệnh nhân trong nghiên cứu đó có tăng men gan, phản ánh mức độ tổn thương gan cao hơn [4]. Có thể thấy đặc điểm sinh hóa ở bệnh nhân angiosarcoma gan thường không đặc hiệu, các dấu ấn khối u phần lớn trong giới hạn bình thường, vì vậy chẩn đoán xác định chủ yếu vẫn dựa trên hình ảnh và mô bệnh học.

Sarcoma mạch máu gan khó chẩn đoán do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu, thường được phát hiện tình cờ. Trên siêu âm, khối u có thể là tổn thương đơn độc hoặc đa ổ với hồi âm không đồng nhất; trên cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ dễ nhầm với ung thư biểu mô tế bào gan hoặc di căn gan do đặc điểm tăng sinh mạch máu [1]. Trong ca bệnh của chúng tôi, siêu âm ổ bụng ghi nhận khối giảm âm ranh giới không rõ tại hạ phân thùy VII gan phải. Hình ảnh này tương tự báo cáo của Jian Wang và cộng sự, với các tổn thương gan ranh giới không rõ và cấu trúc không đồng nhất, gợi ý tăng sinh mạch máu bất thường [5].

Cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang và cộng hưởng từ là hai phương tiện hình ảnh quan trọng trong chẩn đoán angiosarcoma. Cắt lớp vi tính thường ghi nhận tổn thương giảm đậm độ với ngấm thuốc không đồng nhất, trong khi cộng hưởng từ giúp đánh giá rõ hơn các vùng xuất huyết, hoại tử và đặc điểm tăng sinh mạch của khối u [1]. Trong ca bệnh của chúng tôi, cộng hưởng từ phát hiện khối u 35 × 30 mm tại hạ

phân thùy VII gan phải. Tương tự, Lei Jiang và cộng sự ghi nhận đa số angiosarcoma gan nguyên phát khu trú ở gan phải, với tín hiệu không đồng nhất trên cộng hưởng từ và tăng quang không đồng nhất sau tiêm thuốc đối quang từ, phản ánh đặc điểm tăng sinh mạch và hoại tử của khối u [6].

Về mô bệnh học, angiosarcoma gồm các tế bào nội mô ác tính hình thoi hoặc đa diện, sắp xếp thành các cấu trúc dạng kênh mạch với mức độ biệt hóa khác nhau. Khối u thường xâm lấn mạch máu và có thể kèm xuất huyết, hoại tử hoặc xơ hóa. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch như CD31, CD34, ERG và yếu tố VIII có giá trị quan trọng trong chẩn đoán xác định [1]. Kết quả mô bệnh học của chúng tôi cho thấy khối u gồm các tế bào nội mô ác tính sắp xếp không đều, xâm nhập nhu mô gan, có nhân dị dạng, tăng sắc và nhiều hình ảnh nhân chia. Một số vùng tạo cấu trúc dạng khe mạch chứa hồng cầu, phù hợp với đặc điểm của sarcoma mạch máu. Hóa mô miễn dịch ghi nhận tế bào u dương tính mạnh với CD31, CD34 và ERG, trong khi HepPar-1 và EMA âm tính, giúp khẳng định nguồn gốc nội mô và loại trừ carcinoma tế bào gan. Chỉ số Ki-67 tăng cao phản ánh hoạt tính tăng sinh mạnh của khối u. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Mayur Parkhi và cộng sự, trong đó khối u cũng biểu hiện dương tính với CD31 và CD34, đồng thời âm tính với các dấu ấn của tế bào gan như HepPar-1 và Arginase, góp phần xác định chẩn đoán angiosarcoma nguyên phát [7]. Lei Jiang và cộng sự cũng ghi nhận các tế bào nội mô dị dạng tạo cấu trúc dạng mạch trên hematoxylin-eosin, kèm xuất huyết hoặc hoại tử; tất cả các trường hợp đều dương tính với CD31 và CD34, một số dương tính với FLI-1, yếu tố VIII và Ki-67, phù hợp với chẩn đoán angiosarcoma gan nguyên phát [6].

4. KẾT LUẬN

Angiosarcoma gan nguyên phát là bệnh ác tính hiếm gặp, chủ yếu ở nam giới 60-70 tuổi, với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và thường được phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Xét nghiệm cận lâm sàng thường ít thay đổi. Hình ảnh siêu âm và cộng hưởng từ thường ghi nhận khối u đơn độc, hồi âm không đồng nhất, ranh giới tương đối rõ, nằm sát bao gan. Mô bệnh học cho thấy các tế bào hình thoi hoặc đa dạng, sắp xếp không đều, xâm nhập nhu mô gan, nhân tăng sắc và dị dạng. Hóa mô miễn dịch dương tính với CD31, CD34 và ERG, âm tính với HepPar-1, EMA và CD30; chỉ số Ki-67 tăng cao, phù hợp với chẩn đoán angiosarcoma gan nguyên phát.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Kumar A, Sharma B, Samant H. Liver angiosarcoma. In: StatPearls. StatPearls Publishing, 2025, Accessed October 22, 2025. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538224/

[2] Rojas S, Rey Chaves C.E, Robledo S, Conde D, Sabogal Olarte J.C. Primary hepatic angiosarcoma: a systematic review. Ann Med Surg, 2024, 86 (3): 1601-1605. doi: 10.1097/MS9.0000000000001584

[3] Zeng D, Zeng X, Duan J, Chen D, Zhu B. Clinical characteristics of primary hepatic angiosarcoma outcomes: a SEER database analysis. Transl Cancer Res, 2021, 10 (1): 110-125. doi: 10.21037/tcr-20-2780

[4] Zhu Y.P, Chen Y.M, Matro E et al. Primary hepatic angiosarcoma: a report of two cases and literature review. World J Gastroenterol WJG, 2015, 21 (19): 6088-6096. doi: 10.3748/wjg.v21.i19.6088

[5] Wang J, Sun L.T. Primary hepatic angiosarcoma: a case report. World J Clin Cases, 2022, 10 (31): 11590-11596. doi: 10.12998/wjcc.v10.i31.11590

[6] Jiang L, Xie L, Li G et al. Clinical characteristics and surgical treatments of primary hepatic angiosarcoma. BMC Gastroenterol, 2021, 21: 156. doi: 10.1186/s12876-021-01743-3

[7] Parkhi M, Sekar A. Primary hepatic angiosarcoma in an elderly patient. Autopsy Case Rep, 2022, 12: e2021364. doi: 10.4322/acr.2021.364