MEDIC CENTER

CASE REPORT
U TỤY Ở NGƯỜI TRẺ

BS. Phạm Thị Thanh Xuân

Phòng Siêu Âm

MEDIC CENTER

Bệnh án

- Bệnh nhân nam 18 tuổi
- Địa chỉ: Tp Hồ Chí Minh - ĐT: 0366172239
- Ngày khám bệnh: 02/06/2025
- Lý do khám bệnh: đau vùng thượng vị
- Tiền căn: viêm dạ dày H. PYLORI (+)
- Bệnh sử: 1 năm nay thường đau thượng vị dai dẳng, điều trị viêm dạ dày nhiều đợt chỉ bớt nhưng không khỏi. Trước ngay khám bệnh khoảng 3 tuần, bn đau nhiều vùng thượng vị, tăng vào buổi chiều, cảm giác khó thở.

MEDIC CENTER

Khám chuyên khoa tiêu hóa

Huyết áp - Mạch: **122/76-106** Cao: **181** cm; Nặng: **59** kg; Nhiệt độ: **37**℃

Tiền sử bệnh: VIÊM DẠ DÀY H. PYLORI(+)

Lý do đi khám: ĐAU THƯỢNG VỊ

Lâm sàng: ĐAU THƯỢNG VỊ 3 tuần , đau tăng vào BUỔI CHIỀU , CẢM GIÁC KHÓ THỞ cầu bình thường / ĐÃ ĂN SÁNG

CHỈ ĐỊNH:

1. SIÊU ÂM (2): SA Bụng Tổng Quát Màu ; SA Tim Màu

2. XQUANG (1): XQ Lồng Ngực Thẳng [Film]

3. ĐIỆN CHẨN ĐOÁN (1): Điện tâm đồ (ECG)

4. KHÁM BỆNH (1): Khám CK Tiêu hóa

XÉT NGHIỆM:

MEDIC CENTER

X quang phổi

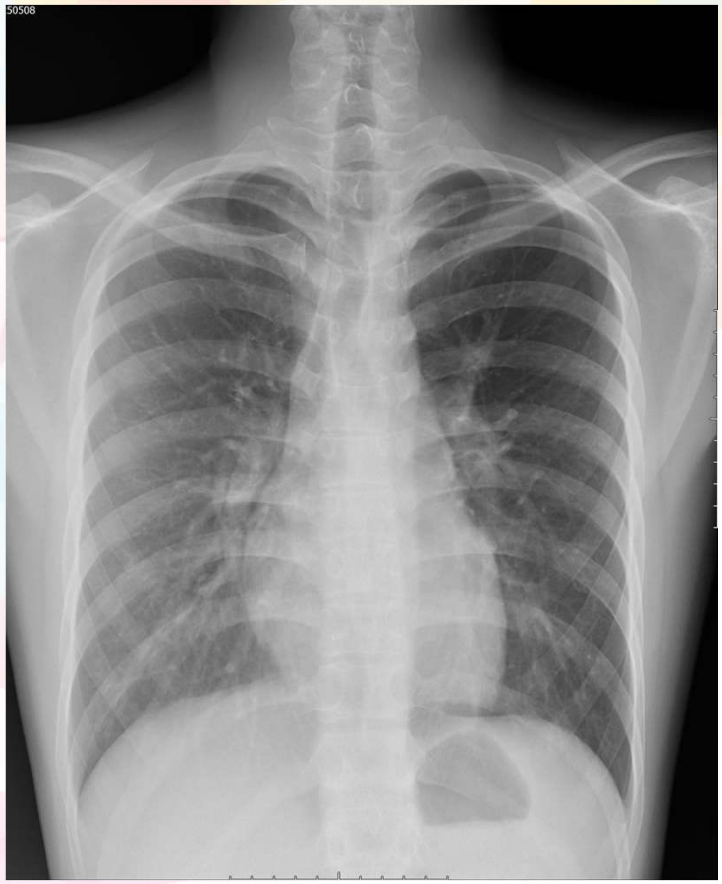
Chẩn đoán sơ bộ :

XQ Lồng Ngực Thẳng [Film]

Thành ngực	:	Không có ảnh bất thường
Màng phổi	:	Không có ảnh bất thường
Trung thất	:	Không có ảnh bất thường
Tim	:	Không có ảnh bất thường
Động mạch chủ	:	Không có ảnh bất thường
Huyết phế quản	:	Không có ảnh bất thường
Phổi	:	Không có ảnh bất thường
Cơ hoành	:	Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : **KHÔNG PHÁT HIỆN BỆNH LÝ TRÊN PHIM XQ NGỰC (NORMAL CHEST FILM)**
Đề nghị :

Ngày 08 tháng 05 năm 2025
Bác sĩ X Quang



MEDIC CENTER

ECG và siêu âm tim

PHÂN TÍCH ECG (ANALYSIS) :

aQRS: **75** Rhythm: **XOANG** Rate: **80** Interval : PR: **0.12** QRS: **0.08** QT: **0.36**

PWave	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**
QRS Complex	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**
ST Segments	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**
TWave	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**
UWave	: Ext. Leads	**BT**
	: Pre. Leads	**BT**

KẾT LUẬN : ECG TRONG GIỚI HẠN BÌNH THƯỜNG

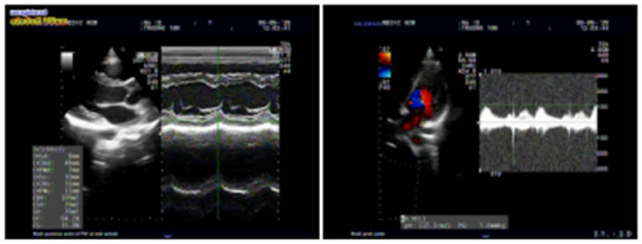
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 08/05/2025 11:32
(Bác sĩ đã ký)

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

1- Các buồng tim trong giới hạn bình thường LVDd=48 mm
Không rối loạn vận động khu trú.Chức năng tâm thu thất trái tốt EF= 64%(Teichholz)
Chức năng tâm thu thất phải bình thường TAPSE= 22mm

2- Van hai lá mềm mại sa lá trước độ II,hở <1/4.Van động mạch chủ bình thường
Không tăng áp động mạch phổi PAPs= 28mmHg
Động mạch chủ ngực kích thước bình thường.

3- Không tràn dịch màng ngoài tim.



KẾT LUẬN : **HỞ VAN HAI LÁ <1/4 DO SA VAN**

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 08/05/2025 12:14
(Bác sĩ đã ký)

MEDIC CENTER

Xét nghiệm máu

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)[1]	*		
WBC	7.79	(4.0 - 10.5)10^9/L	*QTHH019*
% Neu	66.5	(40 - 74 %)	
% Lym	19.5	(19 - 48 %)	
% Mono	12.0	(3 - 9 %)	
% Eos	1.5	(0 - 7 %)	
% Baso	0.5	(0 - 1.5 %)	
# Neu	5.18	(1.7 - 7.0) 10^9/L	
# Lym	1.52	(1.0 - 4.0) 10^9/L	
# Mono	0.93	(0.1 - 1.0) 10^9/L	
# Eos	0.12	(0 - 0.5) 10^9/L	
# Baso	0.04	(0 - 0.2) 10^9/L	
RBC	5.00	(3.80 - 5.60)10^12/L	*QTHH020*
Hb	15.3	(12.0 - 18.0 g/dL)	*QTHH025*
Hct	45.2	(35 - 52 %)	
MCV	90.5	(80 - 100 fL)	
MCH	30.6	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.8	(32 - 36 g/dL)	
RDW	13.6	(11.0 - 15.7%)	
PLT	272	(150 - 400)10^9/L	*QTHH021*
MPV	8.9	(6.30 - 12.0 fL)	
II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
Glucose (mmol/L) (Random)[1]	5.41	mmol/L	*QTSH001*
Glucose (mg/dL)	97.38	mg/dL	
Amylase/Blood[2]	***28.31 L***	(35-115 U/L)	*QTSH061*

Số trang: 1/1

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác...

Lấy máu tại nhà:
0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:
- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm
3. (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (**) KQ bão động
4. KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

H: High - L: Low

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
hs CRP	0.290	(≤ 3 mg/L)	*QTSH028*
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum[2]	0.740	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	*QTSH027*
eGFR (CKD-EPI)	135	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
Lipase/Blood[2]	23.06	(8 - 78 U/L)	*QTSH095*
GGT[1]	21.59	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	*QTSH004*
SGOT (AST)[1]	16.21	(< 35 U/L)	*QTSH005*
SGPT (ALT)[1]	10.98	(< 30 U/L)	*QTSH013*
III. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Troponin-T hs (Roche)[1]	7.07	(< 14 ng/L)	*QTMD016.3*
C.E.A[1]	2.68	(< 5 ng/mL)	*QTMD007*

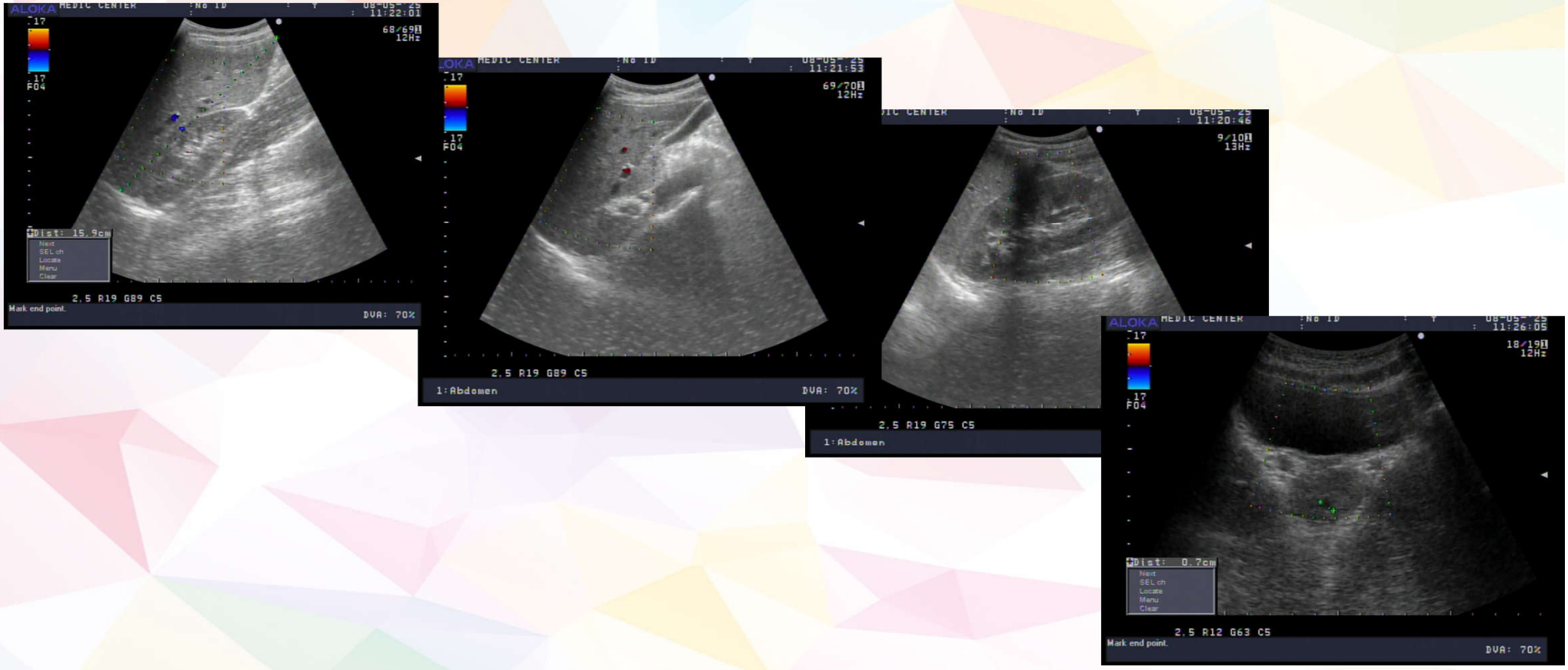
Thời gian duyệt: 11:32:33 08/05/2025
Người duyệt: DS.Trần Hoàng Nguyên

In lần 1: 11:32:39 08/05/2025
Trưởng khoa xét nghiệm

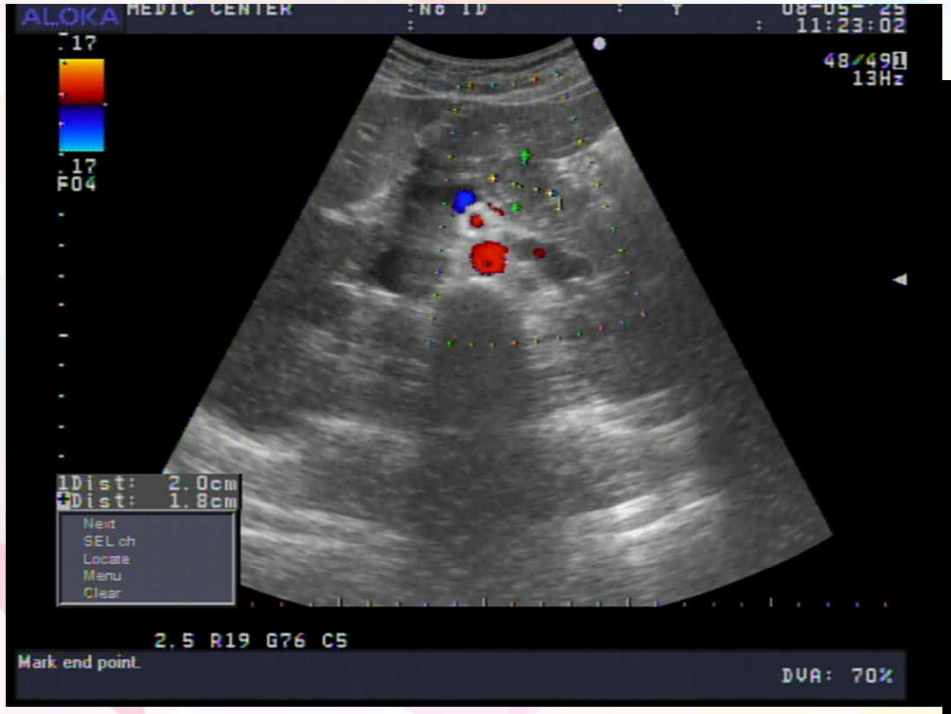
ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

MEDIC CENTER

Siêu âm bụng

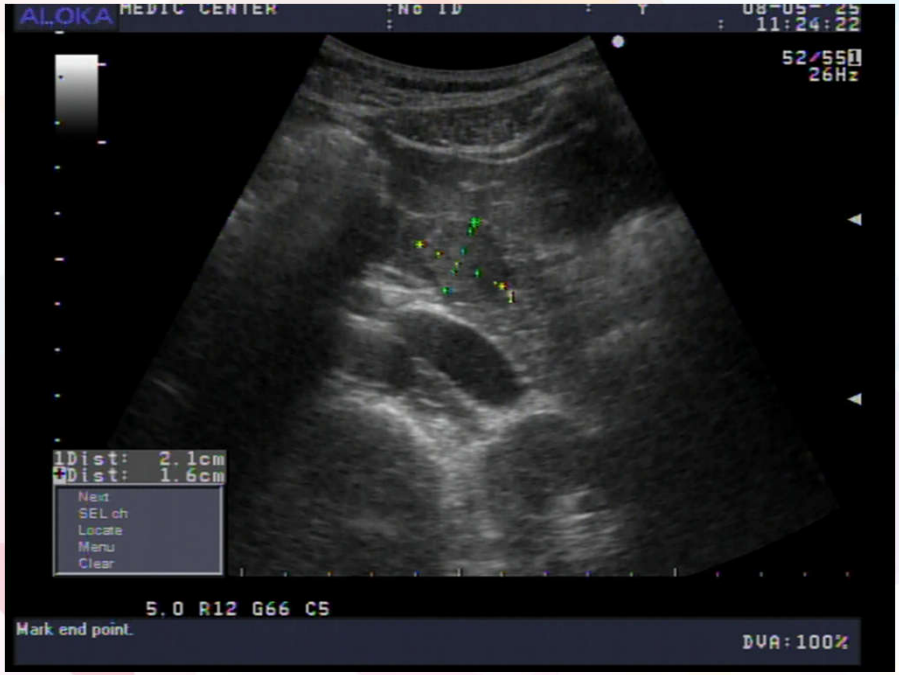


MEDIC CENTER





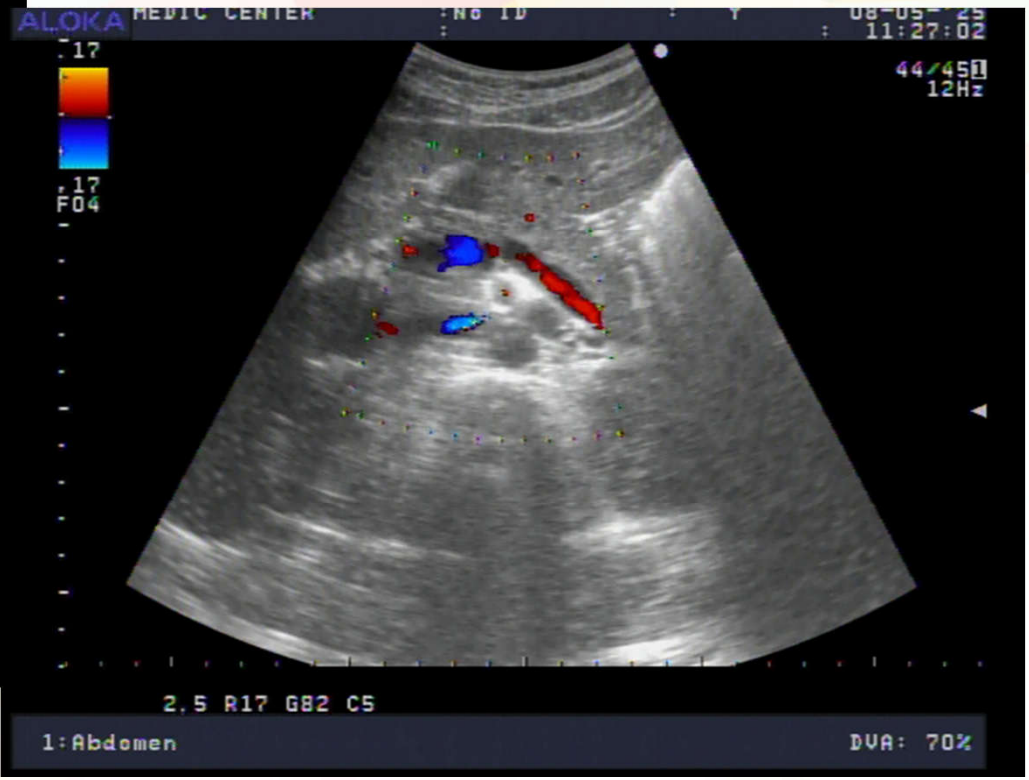
MEDIC CENTER





MEDIC CENTER





MEDIC CENTER

BS chỉ định : BS. CKI. TÔN NỮ SAO MAI BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

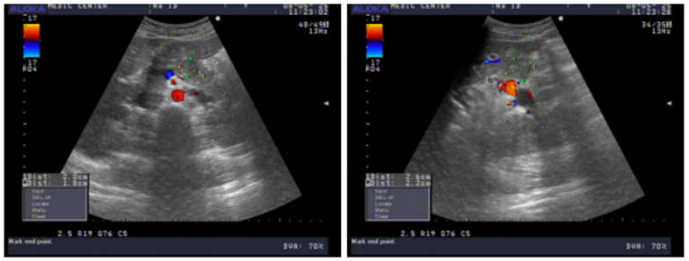
- GAN: P=159 mm, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn.
- TỤY: thân tụy có cấu trúc echo kém không đồng nhất, d= 26x22x20mm, doppler (-), ống wirsung không dãn.

LÁCH: không to, đồng dạng.

- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.

-TIỀN LIỆT TUYẾN: không to, có nang d=7 mm

- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN : **U THÂN TỤY - NANG TIỀN LIỆT TUYẾN**

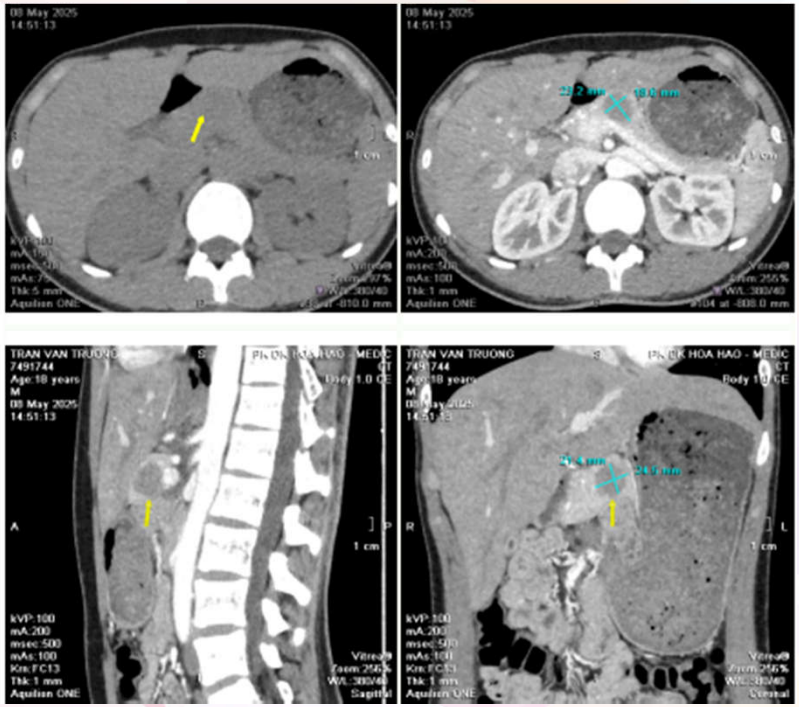
Đề nghị : **MSCT BỤNG XÁC CHẨN**

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 08/05/2025 11:34
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Phạm Thị Thanh Xuân

MEDIC CENTER

Kết quả CT



BS chỉ định : **BS. CKI. TÔN NỮ SAO MAI** **BV** : **MEDIC** **Khoa : PK**

Chẩn đoán sơ bộ :

Vùng : **CT VÙNG BỤNG** **Máy** : **MSCT 640 _ 2** **Tiêm chất tương phản**

Kết quả : ** KỸ THUẬT:

Vùng bụng • chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 1mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiêm thuốc cản quang.

** KẾT QUẢ:

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan.
Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Túi mật xẹp.
Lách hình dạng kích thước bình thường.
Nốt thương tổn giảm đậm độ nhu mô thân tụy #24x21mm. Thương tổn bờ đều, giới hạn rõ, đẩy lối bờ tụy, không xóa mờ mô mỡ xung quanh. Thương tổn bắt thuốc cản quang nhẹ, có độ cản tia thấp hơn nhu mô tụy sau tiêm. Ống tụy chính không dãn.
Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Tiền liệt tuyến không to
Không thấy dày bất thường rõ rệt thành ống tiêu hóa.
Không thấy hạch lớn có ý nghĩa trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

*** KẾT LUẬN:

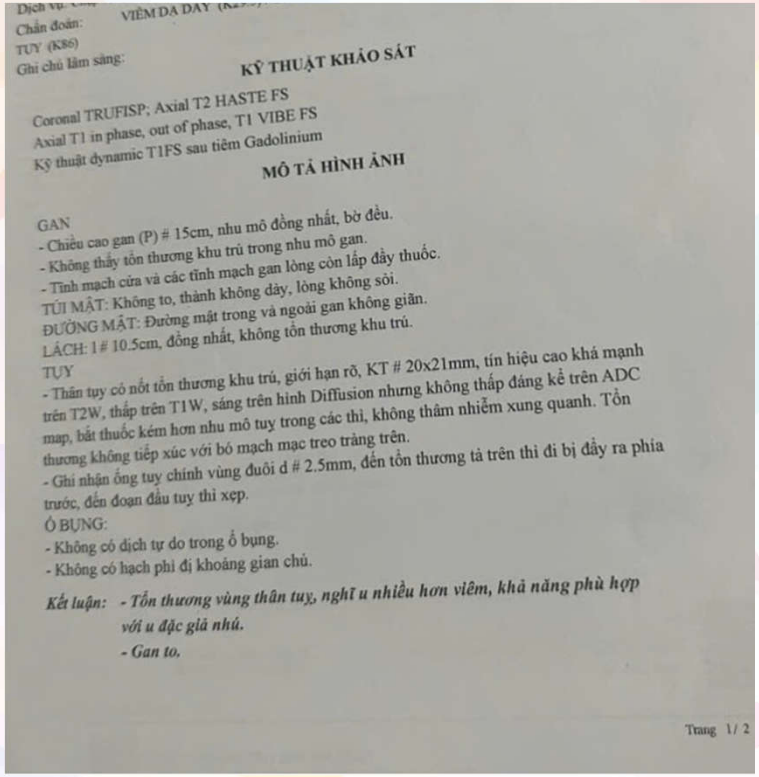
THEO DÕI U VÙNG THÂN TỤY CÓ KHẢ NĂNG SOLID AND PAPILLARY NEOPLASM

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 08/05/2025 16:05
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKII. Võ Nguyễn Thành Nhân

MEDIC CENTER

Bệnh nhân nhập viện bv ĐHYD và được chỉ định MRI vùng bụng



Chẩn đoán: VIÊM DẠ DÀY
TUY (K86)
Ghi chú lâm sàng:

KỸ THUẬT KHẢO SÁT

Coronal TRUFISP; Axial T2 HASTE FS
Axial T1 in phase, out of phase, T1 VIBE FS
Kỹ thuật dynamic T1FS sau tiêm Gadolinium

MÔ TẢ HÌNH ẢNH

GAN
- Chiều cao gan (P) # 15cm, nhu mô đồng nhất, bờ đều.
- Không thấy tổn thương khu trú trong nhu mô gan.
- Tĩnh mạch cửa và các tĩnh mạch gan lòng còn lấp đầy thuốc.

TÚI MẬT: Không to, thành không dày, lòng không sỏi.
ĐƯỜNG MẬT: Đường mật trong và ngoài gan không giãn.
LÁCH: 1# 10.5cm, đồng nhất, không tổn thương khu trú.
TỤY
- Thân tụy có nốt tổn thương khu trú, giới hạn rõ, KT # 20x21mm, tín hiệu cao khá mạnh trên T2W, thấp trên T1W, sáng trên hình Diffusion nhưng không thấp đáng kể trên ADC map, bắt thuốc kém hơn nhu mô tụy trong các thì, không thâm nhiễm xung quanh. Tổn thương không tiếp xúc với bó mạch mạc treo tràng trên.
- Ghi nhận ống tụy chính vùng đuôi d # 2.5mm, đến tổn thương tà trên thì đi bị đẩy ra phía trước, đến đoạn đầu tụy thì xẹp.

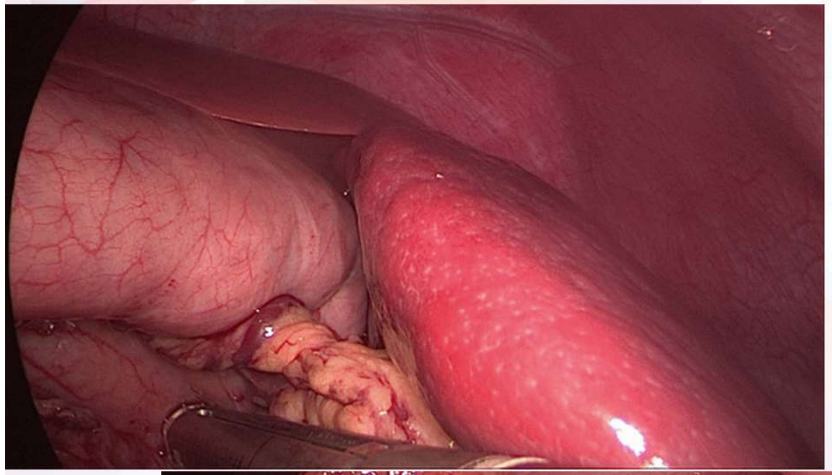
Ổ BỤNG:
- Không có dịch tự do trong ổ bụng.
- Không có hạch phì đị khoảng gian chủ.

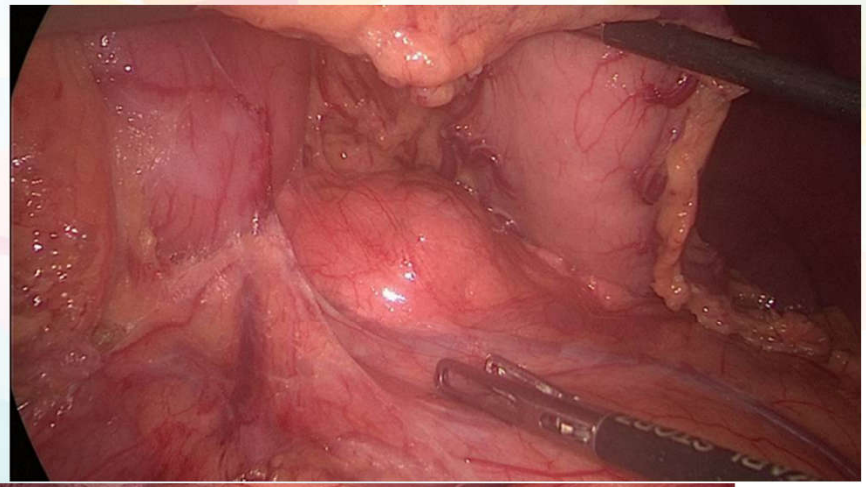
Kết luận: *- Tổn thương vùng thân tụy, nghĩ u nhiều hơn viêm, khả năng phù hợp với u đặc giả nhú.*
- Gan to.

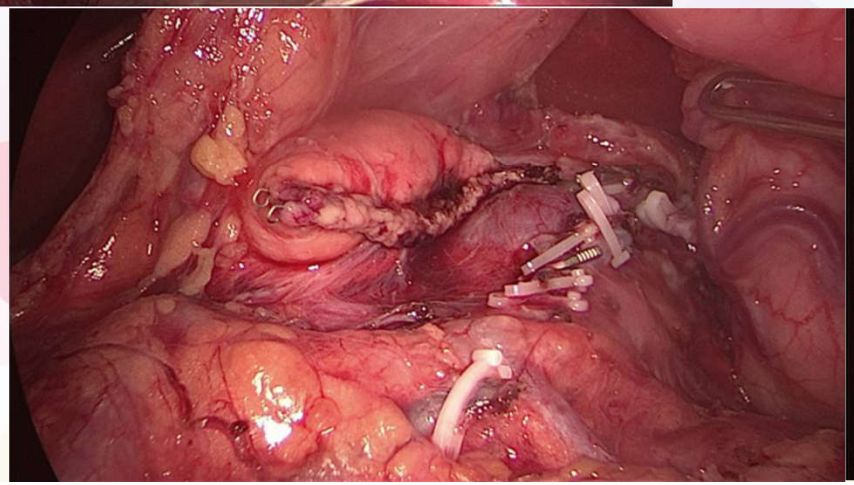
Trang 1/ 2

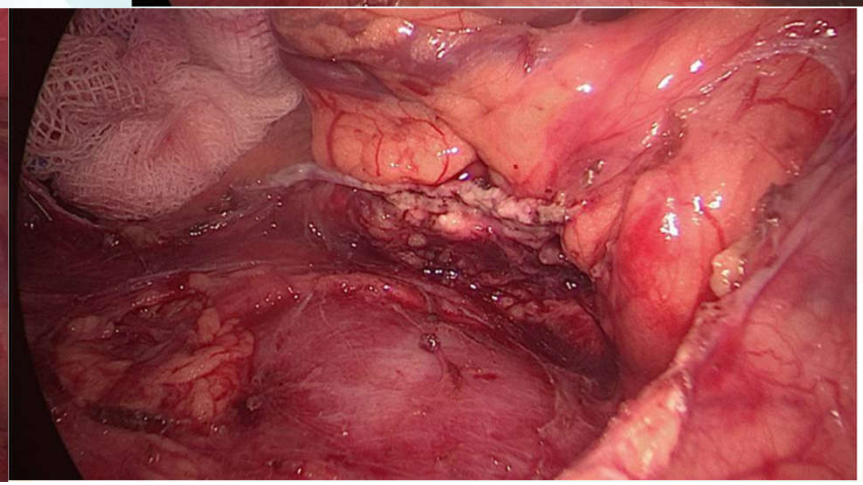
MEDIC CENTER

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 11/07/2025









MEDIC CENTER

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
215 Hồng Bàng, Phường Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.38554269
Email: bvdh@umc.edu.vn
Website: www.bvdaihoc.com.vn

TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT

Chẩn đoán trước phẫu thuật: U thân tụy nghi u đặc giả nhú (D37.7)

Phương pháp phẫu thuật dự kiến: Phẫu thuật nội soi cắt phần xa tụy +/- cắt lách (D534)

Nhóm	Chẩn đoán sau phẫu thuật	Phương pháp phẫu thuật
1	U thân tụy nghi u đặc giả nhú (D37.7)	Phẫu thuật nội soi cắt phần xa tụy, bảo tồn lách kiểu Warshaw (D534)

Phương pháp vô cảm: MÊ NỘI KHÍ QUẢN

Phẫu thuật viên: TS BS. Phạm Minh Hải, BS CKII. Vũ Quang Hưng, ThS BS. Trần Văn Toản, BS. Đỗ Huy Hoàng, BS. Hoàng Anh Dũng, Ong Vĩnh Nhật Quang

Bác sĩ gây mê: BS CKII. Huỳnh Hữu Hiệu

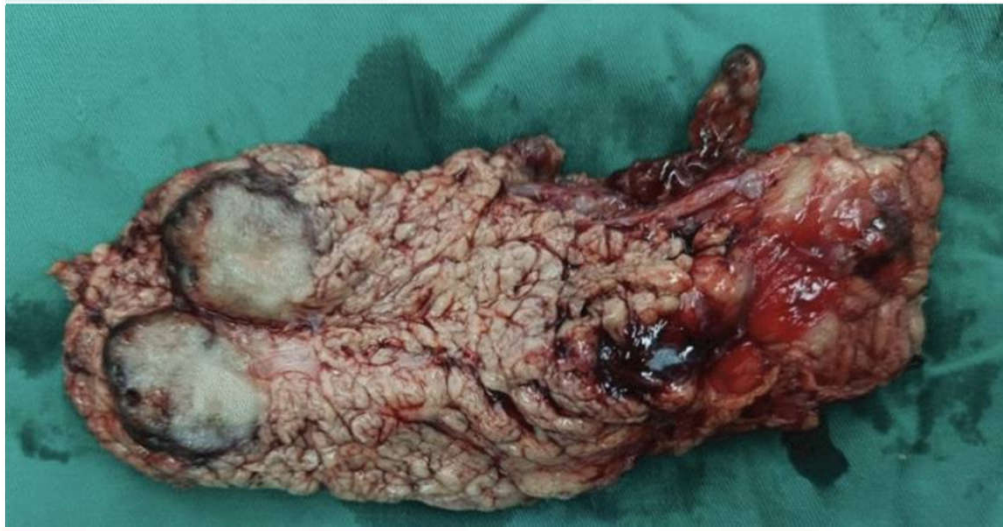
KTV gây mê: Trần Thành Ân

Dụng cụ viên: Trần Thị Ngọc Yến, CNĐD. Trần Thị Thu Thủy

Ngày phẫu thuật: 11/07/2025 Bắt đầu: 17:32 11/07/2025 Kết thúc: 21:51 11/07/2025

- Chỉ định phẫu thuật DP: U thân đuôi tụy
- Hình thức phẫu thuật: Chương trình, Nội soi
- Phương pháp phẫu thuật DP: Cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách (kiểu Warshaw, không bảo tồn bó mạch lách)
- Quan sát ổ bụng: Vị trí u, Kích thước u
- Vị trí u: Thân tụy
- Kích thước u (dài x rộng x cao) mm: 3x3x3
- Vào hậu cung mạc nối: Có
- Bộc lộ tĩnh mạch cửa đoạn sau tụy: Có
- Bất thường mạch máu: Không
- Vị trí cắt ngang tụy: cổ tụy
- Phương tiện cắt tụy: Stapler
- Nạo hạch: Không
- Cắt lạnh diện cắt tụy: Không
- Bảo tồn lách : Bảo tồn lách kiểu Warshaw
- Kiểm tra sau mổ: Cầm máu kỹ, Gạc, dụng cụ đủ
- Đặt dẫn lưu: Số lượng dẫn lưu, Vị trí
- Vị trí dẫn lưu: Cạnh diện cắt tụy
- Số lượng dẫn lưu: 1
- Tai biến trong mổ: Không
- Máu mất: 50
- Đóng bụng, khâu da: Mổ nội soi
- Mổ nội soi: Khâu các lỗ trocar, Khâu da
- Vào bụng : Mổ nội soi
- Mổ nội soi: Tổng số lượng trocar, Số lượng trocar 12mm, Số lượng trocar 5mm
- Tổng số lượng trocar : 6
- Số lượng trocar 12mm: 3
- Số lượng trocar 5mm: 3





MEDIC CENTER

Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh
215 Hồng Bàng, Phường Chợ Lớn, Thành phố Hồ Chí Minh
ĐT: 028.3855.4260; Fax: 028.3950.6126
Email: bvdhyd@umc.edu.vn
Website: www.bvdaihoc.com.vn

KHOA GIẢI PHẪU BỆNH

XÉT NGHIỆM MÔ BỆNH HỌC

N19-0310428

Số Tiêu Bản : **D25-10074**
Số Biên Nhận: D<0070000-002
Số Nhập Viện: 25-0070000

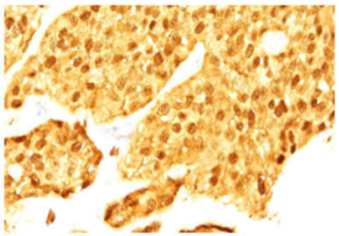
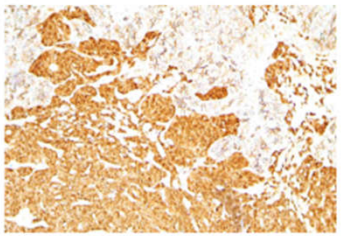
Đơn vị gửi mẫu KHOA NGOẠI GAN-MẬT-TỤY Đơn vị chỉ định: KHOA NGOẠI GAN-MẬT-TỤY
PP mổ: Phẫu thuật nội soi cắt thân và đuôi tụy (Phẫu thuật RA PTV: BSCKII. Vũ Quang Hưng
Chẩn đoán: U thân tụy nghi u đặc giả nhú (D37.7)B25-31804: U thân tụy nghi u đặc giả nhú (D37.7)
Vị trí lấy mẫu: u thân tụy nghĩ u đặc giả nhúB25-31804: thân đuôi tụy
Ngày lấy mẫu: 19/07/2025 Ngày nhận mẫu: 21/07/2025, 08:19

KẾT QUẢ

- Tình trạng các rìa diện cắt:
  +Rìa diện cắt nhu mô tụy: Không hiện diện tế bào u
  +Rìa diện cắt tụy sau: Tế bào u cách rìa diện cắt # 1mm
  +Giường mạch máu: Tế bào u cách rìa diện cắt < 1mm (R1)
  +Các rìa diện cắt mạch máu có bấm ghim: Không hiện diện tế bào u
- Hạch: Không di căn tất cả 07 hạch được khảo sát

Đề nghị nhuộm hóa mô miễn dịch: Synaptophysin, Chromogranin, CD56, Beta-Catenin, CD10 để hỗ trợ chẩn đoán (Block 6)

Ngày 23/07/2025 kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch: Synaptophysin (+), Chromogranin (-), CD56 (+), Beta-Catenin (+), CD10 (+).
KẾT LUẬN SAU NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH: U ĐẶC GIẢ NHÚ CỦA TỤY (SOLID PSEUDOPAPILLARY TUMOR)

MEDIC CENTER

Bàn luận 1

- U đặc giả nhú của tuyến tụy (Solid Pseudopapillary Neoplasm - SPN), trước đây thường gọi là u Frantz, là một loại u biểu mô tuyến tụy hiếm gặp, giáp ranh hoặc có độ ác tính thấp, 10-15% có thể xâm lấn hoặc di căn xa, thường đến gan và phúc mạc.
- Nguồn gốc và cơ chế bệnh sinh chưa rõ. Hóa mô miễn dịch cho thấy u bắt nguồn từ tb gốc đa năng chưa biệt hóa của tụy
- Đặc điểm chính: - khối đơn độc ở thân và đuôi tụy, có vùng đặc và nang
  - KT lớn, trung bình 10cm, > 5cm xâm lấn mạch bạch huyết, di căn hạch
  - Chủ yếu gặp ở phụ nữ trẻ trong độ tuổi 20–30.
  - tỉ lệ Nam : Nữ = 1:10
  - ở nam có xu hướng xãy ra ở độ tuổi lớn hơn, độ ác tính cao hơn
  - Đa số phát triển chậm

MEDIC CENTER

Bàn luận 2

- Triệu chứng lâm sàng: phổ biến là đau bụng, buồn nôn, nôn, no sớm, khó chịu vùng thượng vị, sờ thấy khối u vùng bụng trên không đau.
- Hầu hết được phát hiện tình cờ nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh
- Thường được chữa lành bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u
- Tỉ lệ sống 5 năm là 95%
- Xét nghiệm: SPN không làm tăng hoặc giảm amylase, lipase máu, hiếm khi thay đổi các dấu ấn ung thư thông thường: CA 19-9, CEA

MEDIC CENTER

Bàn luận 3

Các nguyên nhân giảm amylase máu

- 1 U tụy. Không phải là dấu vết của một loại u cụ thể mà là hậu quả của việc mô tụy bị phá hủy quá nhiều (u lớn xâm lấn mô tụy)
- 2 Bênh lý tụy mạn tính
- 3 Bệnh lý gan: xơ gan, viêm gan cấp nặng (làm giảm khả năng tổng hợp protein)
- 4 Bệnh xơ nang (Cystic Fibrosis)
- 5 Nhiễm độc thai nghén
- 6 Rối loạn chuyển hóa (tiểu đường, béo phì)
- 7 Ăn uống kém kéo dài

MEDIC CENTER

Bàn luận 4: đặc điểm hình ảnh siêu âm

- **Siêu âm qua thành bụng (Transabdominal US)**
- **Bờ và vỏ bọc:** Khối hình tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ ràng, viền ngoài nhẵn, thường được bao bọc bởi một lớp vỏ giả tăng âm (hyperechoic pseudocapsule).
- **Độ phản âm (Echogenicity):** Thay đổi linh hoạt tùy thuộc vào kích thước u và mức độ thoái hóa bên trong:
  - **Tổn thương nhỏ (<3 cm):** Thường thể hiện ở dạng đặc hoàn toàn và giảm âm (hypoechoic) hoặc phản âm không đồng nhất.
  - **Tổn thương lớn (>3 cm):** Thường thể hiện ở dạng hỗn hợp đặc - nang do hoại tử trung tâm và xuất huyết trong mô
- **Vôi hóa:** Vôi hóa thô ở trung tâm hoặc dạng vỏ trứng ở ngoại vi (có bóng lưng) xuất hiện trong khoảng 30% các trường hợp.
- **Siêu âm Doppler màu:** Cho thấy tín hiệu mạch máu xung quanh lớp vỏ sợi (ngoại vi), trong khi thành phần bên trong hầu như không có dòng chảy mạch máu do sự phân hủy dạng nang hoặc hoại tử.

MEDIC CENTER

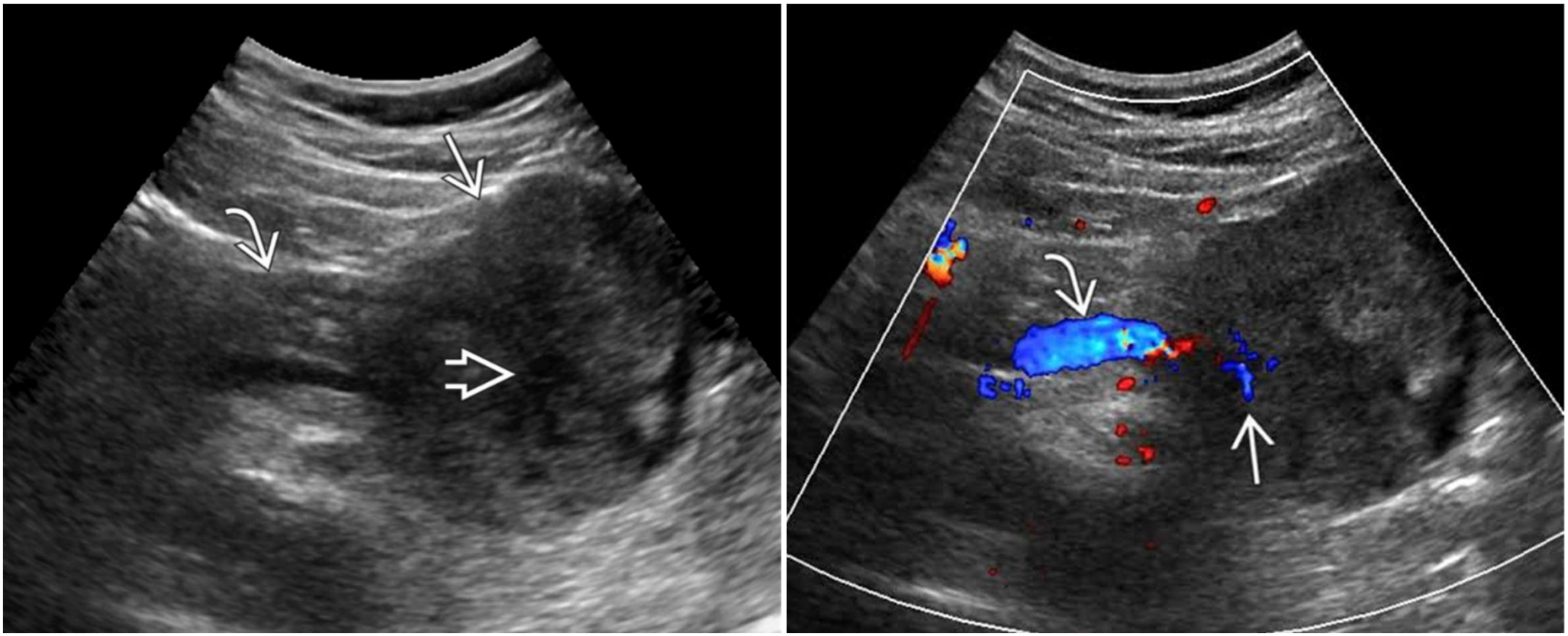
Bàn luận 5: đặc điểm hình ảnh siêu âm

- **Siêu âm qua nội soi (EUS)**
- EUS cung cấp hình ảnh chi tiết hơn về cấu trúc mô, đồng thời hỗ trợ chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) hoặc sinh thiết kim lớn (FNB) để chẩn đoán xác định.
- **Cấu trúc:** Khối không đồng nhất, ranh giới sắc nét, có vỏ bọc, thấy rõ các phần đặc echo kém và phần nang echo trống hoặc có mảnh vụn hoại tử.
- **Ảnh hưởng đến ống tụy và đường mật:** Dù thường phát triển đến kích thước lớn (5–10 cm), SPN **thường không gây giãn ống tụy chính (MPD) hoặc tắc mật**, giúp phân biệt với ung thư biểu mô tuyến tụy.
- **Kết quả EUS-FNA/FNB:** Tế bào học / mô học cho thấy các tế bào dạng giả nhú phân nhánh với lõi sợi mạch máu mảnh.

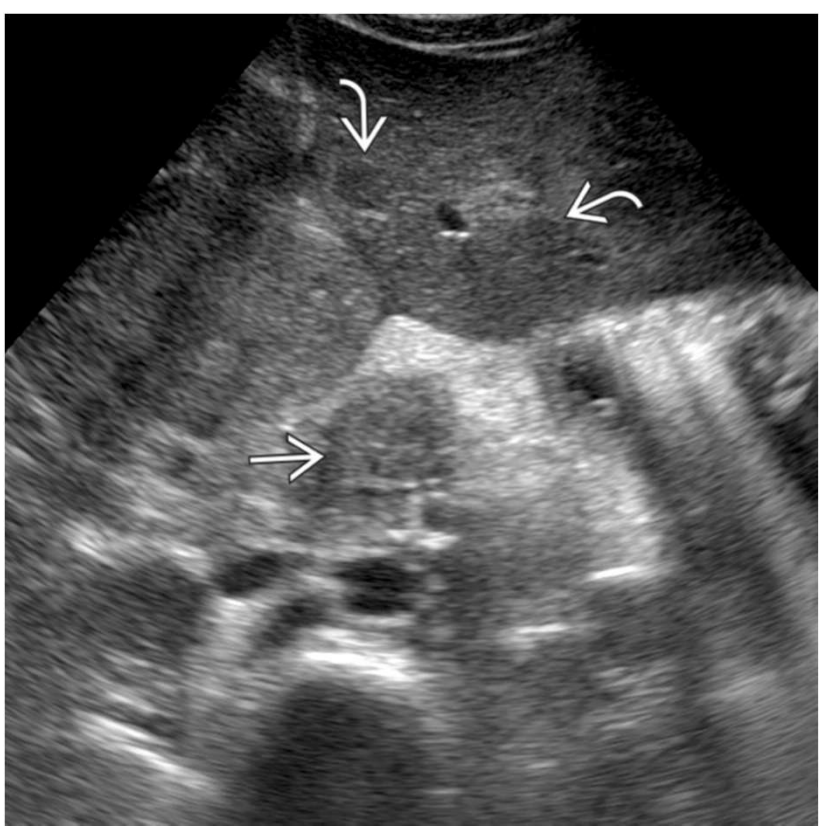
MEDIC CENTER

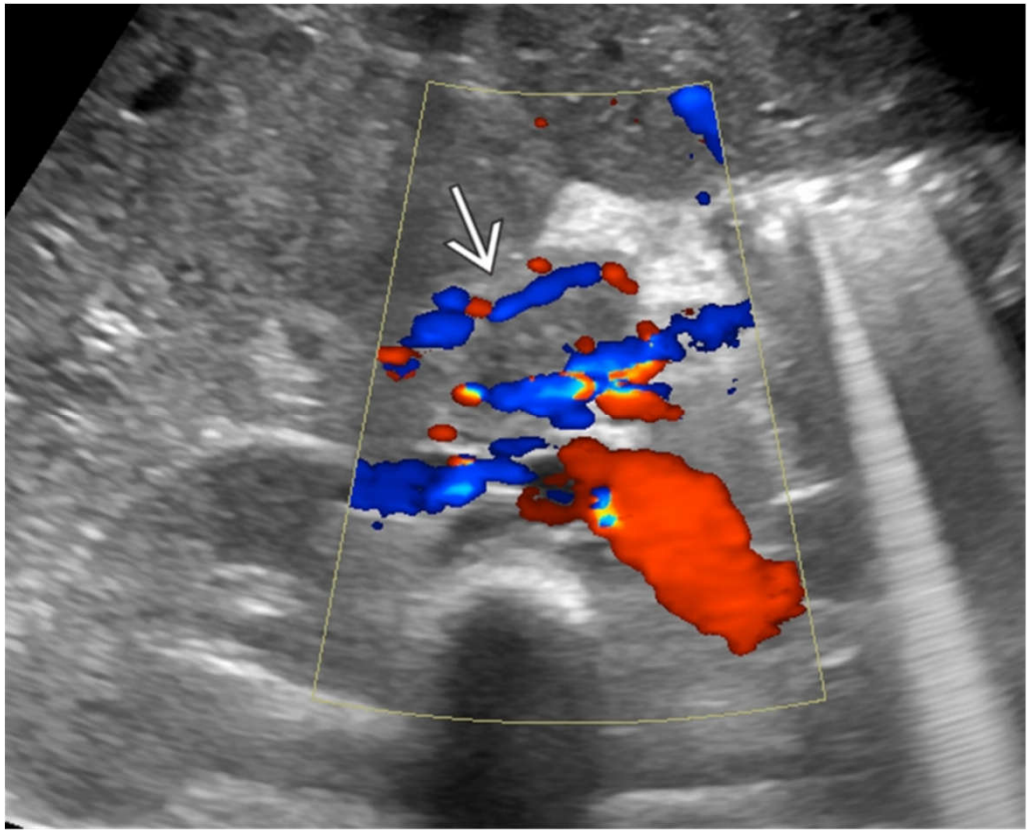
Bàn luận 6: chẩn đoán phân biệt

LOẠI U	Đặc điểm siêu âm	Dấu hiệu lâm sàng
Pancreatic Neuroendocrine Tumor (pNET)	Giàu mạch máu ở trung tâm trên Doppler; thường dạng đặc và nhỏ hơn; ít hoại tử nang hơn SPN	Tăng dấu ấn nội tiết hoặc phát hiện tình cờ không triệu chứng
Mucinous Cystadenoma (MCN)	Khối dạng nang lớn, nhiều ngăn với vách/vỏ dày, thường ở thân/đuôi tụy, ít mạch máu	Phụ nữ độ tuổi 40–50; không có thành phần nhú dạng đặc, tiềm năng ác tính
Serous Cystadenoma (SCA)	Dạng nang nhỏ kiểu "tổ ong" với sẹo vôi hóa hình sao ở trung tâm	Phụ nữ lớn tuổi (khoảng 60); hoàn toàn là nang nhỏ lành tính
Pancreatic Ductal Adenocarcinoma (PDAC)	Khối giảm âm ranh giới không rõ, gây giãn ống tụy chính phía thượng lưu và xâm lấn mạch máu	Người lớn tuổi (60+); tiến triển nhanh, gây đau, vàng da

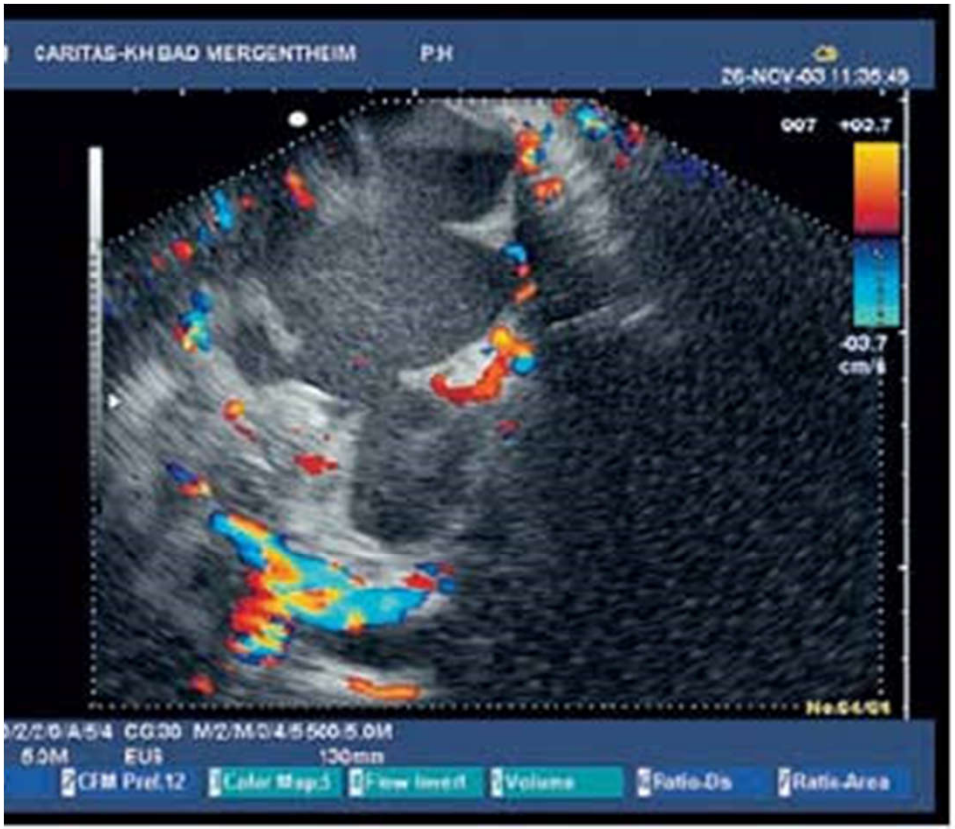


solid pseudopapillary neoplasm



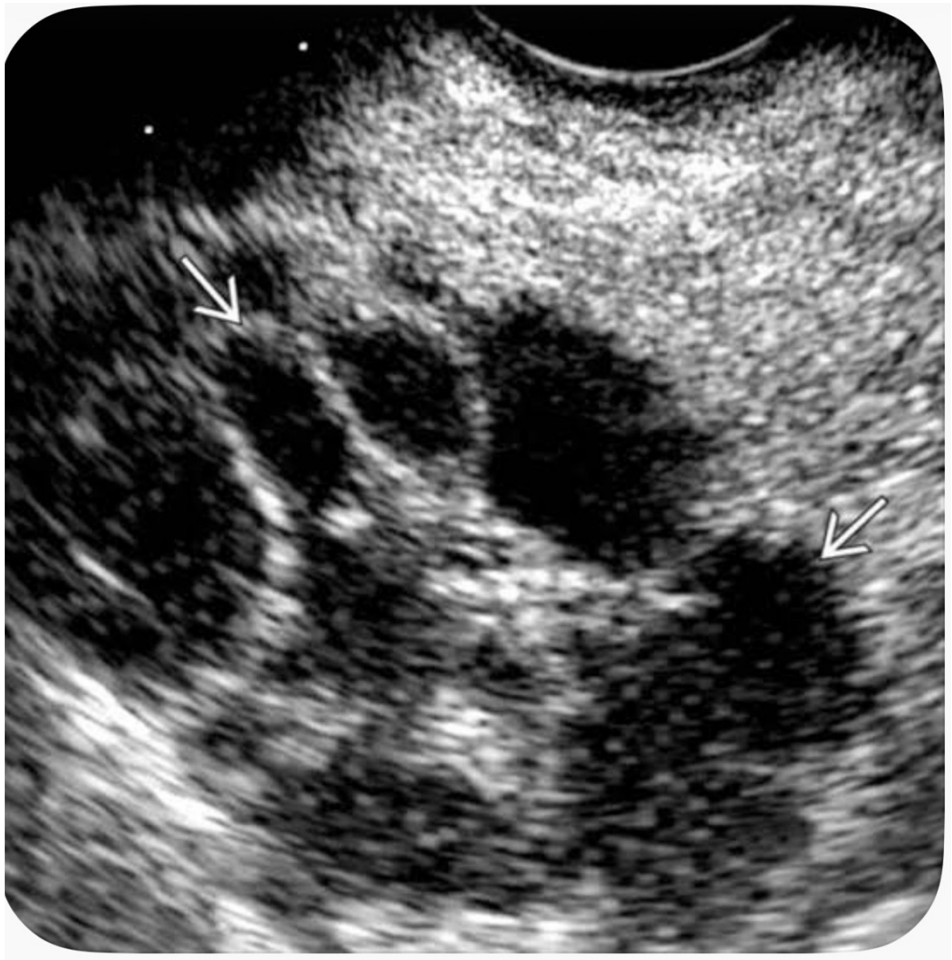


Pacreatic Neuroendocrine Tumor

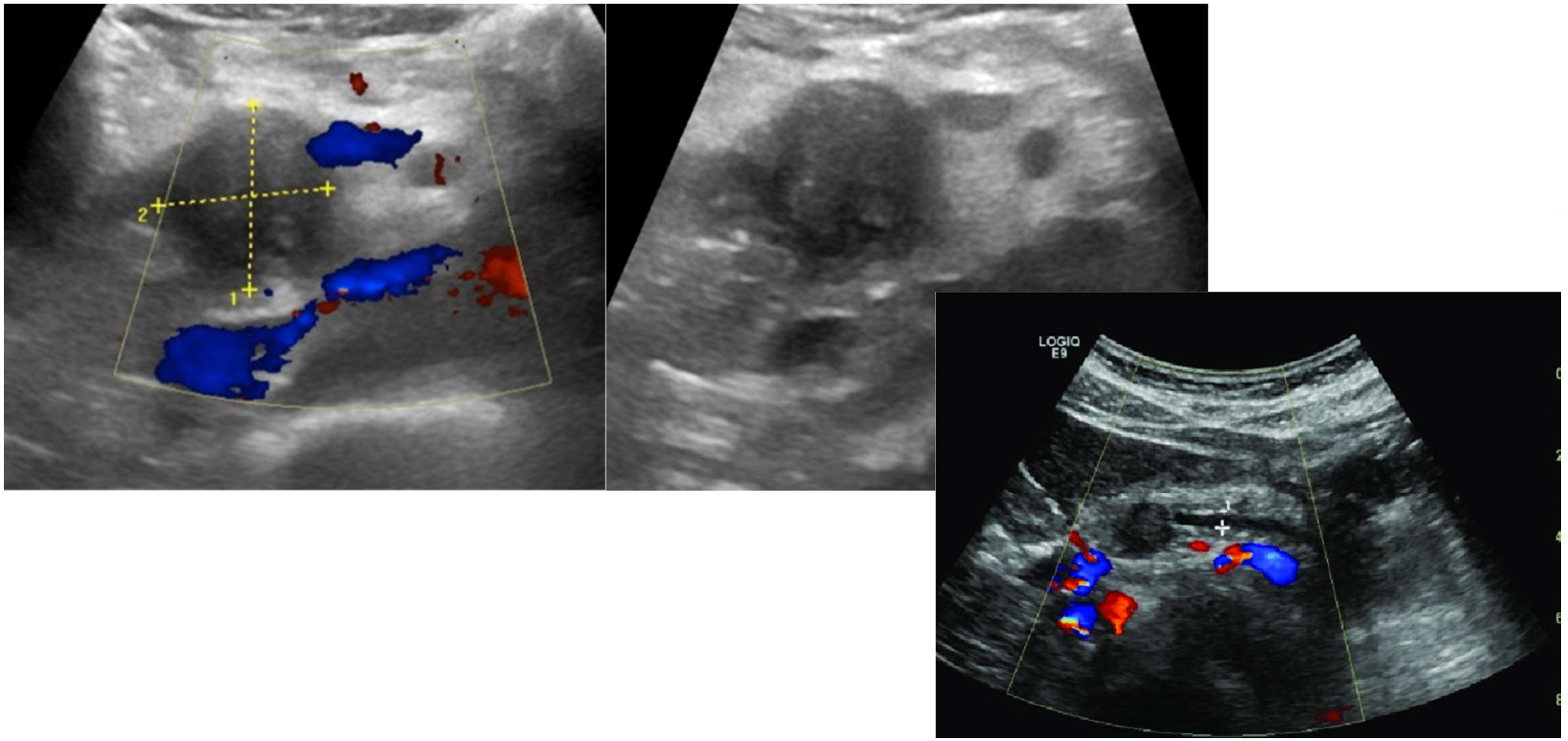




pancreatic mucinous cystadenoma



pancreatic serous cystadenoma



pancreatic ductal adenocarcinoma

MEDIC CENTER

Kết luận

Đây là một trường hợp lâm sàng hiếm gặp của **u đặc giả nhú của tuyến tụy (Solid Pseudopapillary Neoplasm - SPN)**. SPN chủ yếu xuất hiện ở phụ nữ trẻ ở độ tuổi 20–30, xãy ra ở một bệnh nhân nam trẻ 18 tuổi là rất hiếm. Các nghiên cứu cho thấy SPN ở nam giới có thể đặt ra những thách thức nhất định trong chẩn đoán và có nguy cơ tiến triển xâm lấn hoặc tiềm năng ác tính cao hơn một chút so với nữ giới.

MEDIC CENTER

Những điểm chính rút ra trong trường hợp này

- **Tầm quan trọng của việc phát hiện sớm:** SPN thường phát triển chậm và không có triệu chứng ở giai đoạn đầu, u thường đạt kích thước khá lớn trước khi được phát hiện trên lâm sàng. Việc phát hiện sớm và tình cờ qua siêu âm ổ bụng cho phép can thiệp kịp thời khi khối u còn nhỏ, có vỏ bọc rõ và khu trú tại chỗ. Do đó, bệnh nhân cần uống nhiều nước trước khi siêu âm để phát huy tối đa khả năng phát hiện của siêu âm.
- **Về điều trị:** Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị. Việc đạt được diện cắt âm tính thường mang lại hiệu quả chữa khỏi hoàn toàn.
- **Tiên lượng :** Dù được xếp vào nhóm tân sinh có độ ác tính thấp, SPN vẫn có tiên lượng cực kỳ khả quan. Khi được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, tỷ lệ sống sau 5 năm đạt trên 95% và tỷ lệ tái phát rất thấp

MEDIC CENTER

- **Lưu ý theo dõi:** Do đối tượng là nam giới cùng với bản chất tiềm ẩn ác tính thấp của SPN, việc tái khám lâm sàng và theo dõi bằng chẩn đoán hình ảnh định kỳ sau mổ là rất cần thiết để kiểm soát các trường hợp tái phát muộn hoặc di căn xa hiếm gặp.
- Tóm lại, việc phát hiện tình cờ và sớm qua siêu âm giúp tăng đáng kể khả năng phẫu thuật thành công và triệt để, mang lại tiên lượng lâu dài rất tốt cho bệnh nhân.

MEDIC CENTER

Tài liệu tham khảo

- pathologyoutlines.com
  Solid pseudopapillary neoplasm
- **Radiology Key – Pancreatic Solid and Pseudopapillary Neoplasm**
- **American Journal of Roentgenology (AJR):** *Solid Pseudopapillary Tumor of the Pancreas: Typical and Atypical Presentations*
- **National Center for Biotechnology Information (NCBI / PubMed Central):** *Solid pseudopapillary tumours of the pancreas: Imaging features and clinical outcomes*

MEDIC CENTER

Chân thành cám ơn sự chú ý theo dõi

