

U túi noãn hoàng buồng trứng trong thai kỳ: nhân một trường hợp hiếm gặp và điểm qua y văn

Huỳnh Minh Nhật^{1*}, Phạm Chí Kông¹, Nguyễn Phi Anh¹, Phan Tín¹, Phạm Thị Khánh Hòa¹
¹ Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng

doi: 10.46755/vjog.2023.4-5.1635

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Huỳnh Minh Nhật, email: drhuynhminhnhat@gmail.com
Nhận bài (received): 3/10/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/11/2023.

Tóm tắt

U túi noãn hoàng buồng trứng có mức độ ác tính cao và gây nhiều khó khăn cho vấn đề điều trị trong thai kỳ vì nguy cơ cho thai khi phẫu hoặc hóa trị. Tỷ lệ u buồng trứng ác tính khá thấp và u túi noãn hoàng càng thấp hơn trong nhóm ung thư tế bào mầm buồng trứng. Chúng được chia thành hai nhóm: nội bì phôi ngoài phôi và nội bì phôi tạng phôi. Chúng tôi báo cáo một trường hợp u túi noãn hoàng buồng trứng được phát hiện tình cờ ở thai phụ 24 tuổi. Ca lâm sàng này được giới thiệu nhằm mục tiêu bàn luận lại cách quản lý và theo dõi bệnh. Các lựa chọn điều trị và tổng quan về u túi noãn hoàng buồng trứng được bàn luận. Trong đó nổi bật là quá trình theo dõi và điều trị phải cá thể hóa trong từng trường hợp, nhất là bệnh cảnh xuất hiện trong thai kỳ.

Từ khóa: ung thư tế bào mầm, u túi noãn hoàng, u nội bì phôi, thai kỳ

Yolk sac ovary tumor in pregnancy: a rare case report and review of the literature

Huynh Minh Nhat^{1*}, Pham Chi Kong¹, Nguyen Phi Anh¹, Phan Tin¹, Pham Thi Khanh Hoa¹
¹ Danang Hospital for Women and Children

Abstract

Ovarian yolk sac tumor has a high degree of malignancy and makes it difficult to treat during pregnancy because of the risk to the fetus during surgery or chemotherapy. The rate of malignant ovarian tumors is quite low and yolk sac tumors are even lower in the group of ovarian germ cell cancers. They are divided into two groups: the extraembryonic endoderm and the embryonic endoderm. We report a case of ovarian yolk sac tumor that was discovered incidentally in a 24-year-old pregnant woman. This clinical case is introduced with the aim of re-discussing the management and monitoring of the disease. Treatment option and review of the literature related to the yolk sac ovary tumor in pregnancy are discussed.

Keyword: Germ cell cancer, yolk sac ovarian tumor, endodermal sinus tumor, pregnancy.

1. TỔNG QUAN

U ác buồng trứng chiếm khoảng 1/32.000 đến 1/15.000 thai kỳ. U nghịch mầm là loại phổ biến nhất trong u tế bào mầm buồng trứng, chiếm 25-35%. U túi noãn hoàng (UTNH) cực kỳ hiếm gặp trong các loại u ác buồng trứng ở người trẻ tuổi, nó chiếm 20% các loại ung thư tế bào mầm buồng trứng. UTNH buồng trứng hay còn gọi là u xoang nội bì buồng trứng là u tế bào mầm, có nhiều thành phần, biệt hóa từ nội bì phôi. Nếu biệt hóa từ nội bì phôi ngoài phôi sẽ thành các cấu trúc ngoài phôi như túi noãn hoàng thứ cấp. Nếu biệt hóa từ nội bì phôi tạng phôi sẽ thành các tạng nguyên thủy ở giai đoạn sớm như gan nguyên thủy. Vì túi noãn hoàng thứ cấp chỉ là một trong nhiều cấu trúc biệt hóa từ nội bì phôi nên thuật ngữ “u túi noãn hoàng” có ý nghĩa hẹp hơn. Đối với u này, thuật ngữ “u nguyên thủy nội bì phôi” có lẽ chính xác hơn vì nó phản ánh tất cả cấu trúc biệt hóa từ nội bì phôi [2],[6].

UTNH có mức độ ác tính cao và tiên lượng xấu. Khi chưa có hóa trị, tỷ lệ tử vong lên đến 100% trong 3 năm

đầu. Bệnh tiến triển nhanh, làm vỡ vỏ bao, dính vào cấu trúc xung quanh, xâm lấn tại chỗ và có thể gieo rắc vào phúc mạc, di căn. U di căn theo đường bạch huyết, sau đó theo đường máu đến phổi, gan và các cơ quan khác.

Đối với bệnh nhân trẻ, có u túi noãn hoàng một bên, vỏ bao còn nguyên thì cắt buồng trứng hoặc cắt phần phụ một bên, không sinh thiết buồng trứng đối diện vì có thể làm hủy hoại buồng trứng, giảm khả năng sinh sản. Đối với bệnh nhân không muốn có con, u một bên, vỏ bao còn nguyên thì cắt tử cung và hai phần phụ. U túi noãn hoàng nhạy với hóa trị, không nhạy với xạ trị. Hiện nay, nếu phát hiện sớm và điều trị đa mô thức, tỷ lệ sống còn sau 5 năm được cải thiện ngoạn mục (87-97%). Khi kết hợp trong thai kỳ, kết cục điều trị sẽ thay đổi rất nhiều, phụ thuộc vào kỹ thuật mổ, điều kiện thuốc tại cơ sở, tôn giáo và văn hóa vùng miền. U túi noãn hoàng tiến triển nhanh, di căn sớm. U thường tái phát trong vòng vài tuần đầu sau phẫu thuật. Trường hợp u xuất hiện trong thai kỳ là cực kỳ hiếm trên y văn thế giới, rất khó đưa ra phác đồ điều trị chung mà phải cá thể hóa [2], [5].

2. BỆNH ÁN CHI TIẾT

Họ và tên bệnh nhân: ĐẶNG THỊ THANH T., 24 tuổi.
Mã y tế: 22093140

Ngày vào viện: 29/9/2022

Tiền sử sản khoa: PARA 0000; Thai phụ mang thai lần đầu, khám thai tại phòng khám tư nhân không phát hiện bất thường. Đến tuần thai thứ 32, thai phụ đau bụng hạ vị lâm râm, bụng lớn nhanh hơn tuổi thai, phòng khám tư tình cờ phát hiện u hạ vị lớn và chuyển đến Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng.

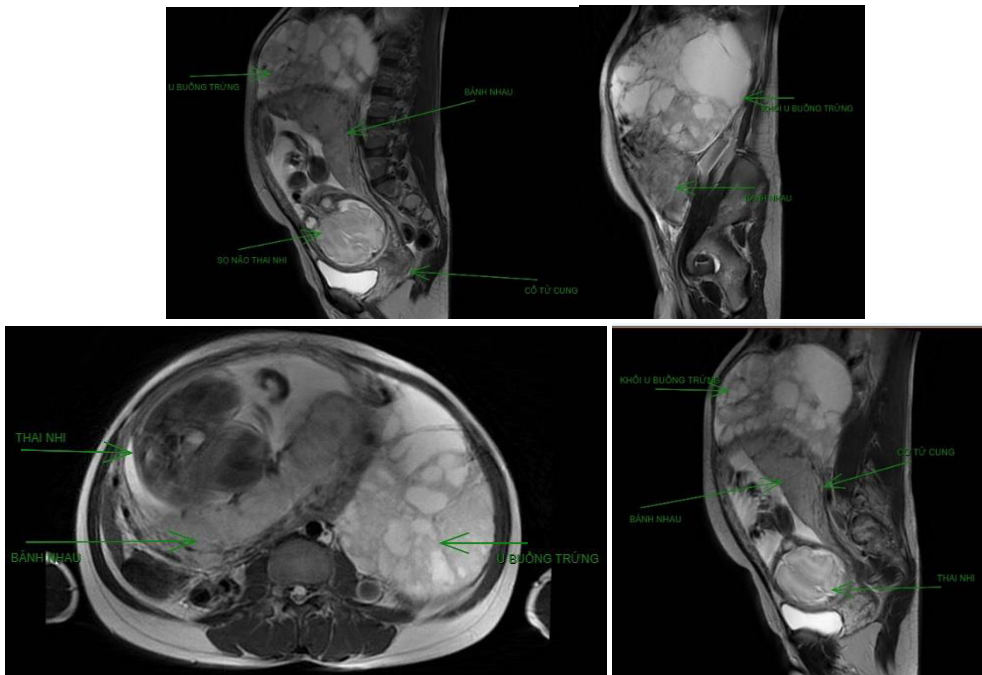
Quá trình bệnh lý:

Thai phụ mang thai con số 32 tuần 3 ngày, vào Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng vì đau bụng và tình cờ phát hiện u hạ vị.

Ghi nhận lúc vào viện:

Các dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường. Tử cung không go, tim thai 145 lần/phút, bề cao tử cung 36cm, chu vi vòng bụng 120cm, đầu lâm râm vùng hạ vị và hạ sườn trái, âm đạo không ra dịch, khám âm đạo: cổ tử cung dài kín. Siêu âm bụng: ghi nhận hạ sườn trái có cấu trúc hồi âm hỗn hợp kích thước lớn 171x121mm, gồm mô đặc và nang, tăng sinh mạch máu, đơn thai sống trong buồng tử cung.

Cộng hưởng từ: ghi nhận buồng trứng trái có cấu trúc nang lớn, giới hạn rõ, kích thước 168x126x214mm, tín hiệu hỗn hợp trên T1W, T2W, T1WFS, có vùng tín hiệu xuất huyết T2W, hạn chế khuếch tán trên T1W, T1WFS, T2W. Phần mô đặc và vách nang tín hiệu thấp trên T1W, T2W, hạn chế khuếch tán trên DWI+ADC, nhiều tín hiệu mạch máu tăng sinh, không thấy hạch tiểu khung



Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ

Xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu trong giới hạn bình thường

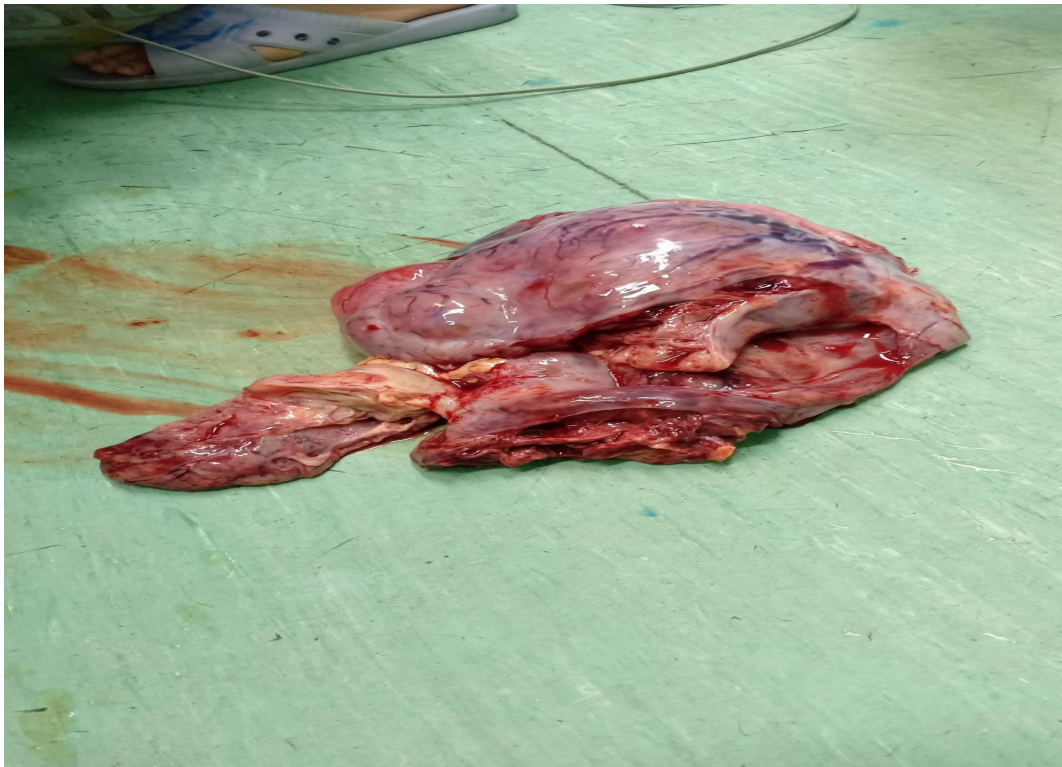
beta hCG	AFP	LDH
4524mUI/ml	32081 ng/ml	1087U/l

Chẩn đoán: “U buồng trứng nghi ngờ ác tính/Thai con số 33 tuần đang phát triển, chưa chuyển dạ”. Sau hội chẩn và trao đổi với gia đình thai phụ, hướng điều trị được đưa ra là:

Trưởng thành phổi thai nhi: Dexamethasone 6mg x 4 liều

Chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai lúc 34 tuần kèm cắt phần phụ có u.

Tường trình phẫu thuật: Mổ lấy ra 01 bé gái, Apgar 8 điểm/phút thứ 1 và 9 điểm/phút thứ 5. Phần phụ trái có u kích thước 300x300x250mm, bề mặt u trơn láng, tăng sinh mạch máu, có nhiều cấu trúc dạng nang nhỏ, mạc nối lớn dính lên trên, bề mặt tử cung, phúc mạc và các quai ruột trơn láng, tiến hành cắt phần phụ trái kèm u, cắt mạc nối lớn, sinh thiết phúc mạc.



Hình 2. Khối u trên đại thể và bên trong khi được xẻ ra

Giải phẫu bệnh: u túi noãn hoàng, mô phúc mạc và mạc nối lớn không có tế bào u. Sau 7 ngày, bệnh nhân được làm lại các xét nghiệm sinh hóa với kết quả:

betahCG	AFP	LDH
27,91mUI/ml	5573 ng/ml	308U/l

Bệnh nhân sau đó được chuyển đến khoa Ung thư phụ khoa, chụp cắt lớp vi tính toàn thân chưa phát hiện di căn và chỉ định phẫu thuật triệt để cắt tử cung và phần phụ còn lại, kết quả giải phẫu bệnh không có tế bào u trên mẫu mô còn lại. Chẩn đoán cuối cùng: “Ung thư tế bào mầm buồng trứng – U túi noãn hoàng giai đoạn pIA”, bệnh nhân được hội chẩn điều trị hóa trị bổ trợ phác đồ BEP (Bleomycin, Etoposide, Cisplatin) 4 chu kỳ.

Sau kết thúc 4 chu kỳ hóa trị:

betahCG	AFP	LDH
< 0,1mUI/ml	5ng/ml	170U/l

3. BÀN LUẬN

UTNH là một bệnh lý ác tính, có nguồn gốc từ tế bào mầm, gặp phổ biến tại buồng trứng ở các bé gái hoặc người trẻ, với tuổi trung vị là 19. Bệnh hiếm gặp sau tuổi mãn kinh. Các triệu chứng biểu hiện là bụng lớn, đau và sờ thấy u. Hầu hết khối u được phát hiện muộn, nhất là ở nhóm đang mang thai do bị che lấp bởi các thay đổi sinh lý trong thai kỳ. Việc chẩn đoán UTNH trong lúc mang thai đòi hỏi nhà lâm sàng có kinh nghiệm và phải “nghĩ” đến nó trong bối cảnh nhiều bệnh lý buồng trứng lành tính hay gặp khác. Các dấu ấn sinh hóa chỉ điểm tăng lên khi xuất hiện khối u như: alpha feto-protein, betahCG, LDH sẽ giúp định hướng chẩn đoán và theo dõi tái phát sau điều trị. Các chỉ định chẩn đoán hình ảnh cũng khá hạn chế trong quý một thai kỳ (cho cả chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ) [2].

Trong trường hợp của chúng tôi, thai phụ phát hiện khối u tình cờ khi cảm thấy bụng lớn nhanh hơn tuổi thai. Phòng khám tư nhân trước đó đã không phát hiện được sự hiện diện u mà phải đợi đến tuần 32. Siêu âm và cộng hưởng từ là hai phương tiện cận lâm sàng an toàn giúp định hướng chẩn đoán và xếp giai đoạn khi có thai. Các chỉ định cộng hưởng từ cũng hạn chế trong ba tháng đầu, do đó, nếu phát hiện sớm trên siêu âm, nhà lâm sàng phải “nghĩ” đến đây có phải là khối u buồng trứng ác tính không để có thể can thiệp kịp thời trong quý hai thai kỳ.

Điều trị ung thư trong thai kỳ là một thách thức rất lớn, nó phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tiền sử sản khoa, bệnh lý nền của mẹ, tuổi thai, giai đoạn bệnh, văn hóa... Phương pháp điều trị nào cũng phải đánh đổi một phần lợi ích của mẹ hoặc thai. Nếu chấm dứt thai kỳ

sớm, thai phụ có thể phải chấp nhận mất con, hoặc trẻ sơ sinh phải chịu những bệnh cảnh của thai non tháng. Bên cạnh đó, nếu chấm dứt thai kỳ muộn, thai phụ phải chấp nhận khả năng bệnh tiến triển nặng. Vì vậy, phương án điều trị ngoài yếu tố chuyên môn thì mong muốn của người mẹ quyết định phần lớn sự thành công. Lựa chọn tối ưu nhất là mổ cắt u, theo dõi thai và sau đó sẽ phẫu thuật Debulking, vì hơn 50% trường hợp giai đoạn 1 có vi di căn, nên phải lấy u càng sớm, càng triệt để càng tốt.

Sau khi trao đổi cùng bệnh nhân và người nhà, phác đồ được đưa ra là dùng corticoid (Dexamethasone) trưởng thành phối thai nhi 4 liều sau đó mổ lấy thai kết hợp cắt u để điều trị và chẩn đoán. Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh là UTNH, bệnh nhân được chỉ định phẫu trị triệt để ngay sau thời kỳ hậu sản. Trong quá trình phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh chưa phát hiện u lan tràn, bệnh nhân được chẩn đoán: Ung thư tế bào mầm buồng trứng – U túi noãn hoàng giai đoạn pIA.

Như đã đề cập ở trên, tỷ lệ tử vong ở giai đoạn I rất cao khi chưa có hóa trị. Sau khi phác đồ hóa trị vincristine, dactinomycin và cyclophosphamide được áp dụng trên thế giới, số bệnh nhân được cứu sống đã thay đổi ngoạn mục. Hiện nay, phác đồ hóa trị với Bleomycin, Etoposide và Cisplatin giúp cải thiện tỷ lệ sống còn cao hơn các lựa chọn cũ. Vì tỷ suất mắc mới UTNH trong khi mang thai rất thấp nên không có các hướng dẫn lý thuyết cụ thể. Một vài ca được báo cáo trên thư viện điện tử về các trường hợp phát hiện u trong tam cá nguyệt đầu và chỉ được điều trị khối u sau khi sinh. Cùng lựa chọn với chúng tôi, I Pafilis và cộng sự (2009) đã báo một trường hợp thai phụ 35 tuổi mang thai 25 tuần được chẩn đoán UTNH buồng trứng và mổ cắt phần phụ trái kèm u, hóa trị được trì hoãn đến sau khi mổ lấy thai lúc 32 tuần kèm phẫu thuật triệt để cắt tử cung toàn phần và phần phụ còn lại [1], [4]

Trên trường hợp của chúng tôi, sau khi bệnh nhân được phẫu trị triệt để với cắt tử cung toàn phần, phần phụ còn lại, sinh thiết phúc mạc + lấy dịch ổ bụng, chỉ định điều trị hóa chất được đặt ra ngay sau đó, phác đồ Bleomycin, Etoposide và Cisplatin 4 chu kỳ. Bệnh nhân và trẻ khỏe mạnh sau 6 tháng điều trị.

Luciano Souza Viana và cộng sự đã công bố một ca UTNH được chẩn đoán ở thai phụ 20 tuổi, mang thai 14 tuần. Thai kỳ được giữ lại và hóa trị 3 chu kỳ Cisplatin, Etoposide, không có Bleomycin. Với lựa chọn hóa trị trong lúc mang thai này, thời điểm chấm dứt thai kỳ được khuyến cáo ít nhất sau chu kỳ cuối cùng 21 ngày để tránh biến chứng giảm tế bào máu ở trẻ sơ sinh. Tương tự, Alida J và cộng sự (2021) cũng báo cáo trường hợp phát hiện UTNH buồng trứng ở tuần thai 15 tuần, được tân hóa trị trong thai kỳ và gặp biến chứng thai chậm tăng trưởng trong buồng tử cung [3].

Đối với ca lâm sàng của chúng tôi, hóa trị được chỉ định sau khi sinh vì mong muốn của bệnh nhân và

người thân khi các bằng chứng hóa trị trong thai kỳ còn ít. Mẹ và trẻ sơ sinh khỏe mạnh sau khi điều trị 2 tháng, nhưng cần phải theo dõi thêm trong 5 năm đến để có cái nhìn khách quan hơn.

4. KẾT LUẬN

U túi noãn hoàng là một khối u hiếm gặp trong thực tế lâm sàng và nó còn hiếm hơn khi kết hợp với lâm sàng. Điều trị các trường hợp như vậy là một thách thức đối với bác sĩ điều trị do còn thiếu các bằng chứng. Cần kết hợp yếu tố tôn giáo, đạo đức, kinh tế cùng với thảo luận kỹ với bệnh nhân và người thân để cá thể hóa phác đồ cho từng trường hợp. Việc ghi nhận và báo cáo các ca u túi noãn hoàng rất cần thiết nhằm thu thập bằng chứng để xây dựng các hướng dẫn sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jung SE, Lee JM, Rha SE et-al. CT and MR imaging of ovarian tumors with emphasis on differential diagnosis. *Radiographics*. 22 (6): 1305-25. doi:10.1148/rg.226025033 - Pubmed citation
2. Kurman RJ (2002), Blaustein's Pathology of the female genital tract, Springer-Verlag, USA, pp 967-1027.
3. Luciano Souza Viana et al (2011), Preservation of Pregnancy in a Patient With Acute Abdominal Pain Secondary to Advanced and Hemorrhagic Yolk Sac Tumor of the Right Ovary, *Journal of Clinical Oncology*, Volume 29, Issue 30
4. Mutum Matouleibi Chanu et al (2015), *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, p-ISSN: 2279-0861. Volume 14, Issue 2 Ver. II, PP 35-37
5. NCCN (2022), *Ovarian Cancer/Fallopian Tube Cancer/Primary Peritoneal Cancer Guidelines*.
6. Nicolae Gică et al (2022), *Ovarian Germ Cell Tumors: Pictorial Essay, Diagnostics* 2022, 12, 2050