

Accessed March 24, 2025. <https://tapchi.nghienlucyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/2031/1326>

7. **Sudoko CK, Jenks CM, Bauer AJ, et al.** Thyroid Lobectomy for T1 Papillary Thyroid Carcinoma in Pediatric Patients. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;147(11):943-950. doi:10.1001/jamaoto.2021.2359
8. **Memeh K, Ruhle B, Alsafran S, et al.** Total Thyroidectomy vs Thyroid Lobectomy for Localized Papillary Thyroid Cancer in Children: A Propensity-Matched Survival Analysis. *Journal of*

- the American College of Surgeons. 2021; 233(1):39-49. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2021.03.025
9. **Cherella CE, Richman DM, Liu E, et al.** Predictors of Bilateral Disease in Pediatric Differentiated Thyroid Cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(10):e4242-e4250. doi:10.1210/clinem/dgab210
10. **Keefe G, Culbreath K, Cherella CE, et al.** Autoimmune Thyroiditis and Risk of Malignancy in Children with Thyroid Nodules. *Thyroid.* 2022; 32(9): 1109-1117. doi:10.1089/thy.2022.0241

U XƠ TỬ CUNG KÝ SINH VÀO PHÚC MẠC THÀNH BỤNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI BỐC U XƠ CÓ DỪNG MÁY NGHIỀN BỆNH PHẨM: BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Đặng Thị Hồng Thiện¹, Nguyễn Bảo Giang¹,
Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Ngô Vương Minh¹

TÓM TẮT

U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là một bệnh lý hiếm gặp đặc trưng bởi nhiều khối tế bào cơ trơn nằm rải rác trong phúc mạc thành bụng. Chúng tôi xin báo cáo chùm 03 ca bệnh u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có dừng máy nghiền bệnh phẩm tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Bệnh nhân thứ nhất 42 tuổi, có 2 con, năm 2015 được phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung. Năm 2020 đi khám vì đau bụng hạ vị, được chẩn đoán khối u tái phát, được chỉ định phẫu thuật mổ mở cắt tử cung. Mở bụng thấy sát sùng trái vị trí trocar cũ có vài nhân xơ 1- 2cm, trong ổ bụng có nhiều khối u không liên tục với tử cung ở vị trí sau phúc mạc thành bụng sát trực tràng và trước bàng quang. Bệnh nhân thứ hai 50 tuổi, năm 2019 cũng được phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, năm 2024 đi khám phụ khoa định kỳ phát hiện khối u xơ tái phát và được chỉ định nội soi cắt tử cung. Quan sát ổ bụng thấy tử cung chỉ có khối u xơ nhỏ 1 cm, thành chậu hai bên và phúc mạc thành bụng có các khối u xơ ký sinh, có khối u xơ 10 cm ký sinh vào quai đại tràng. Ca bệnh thứ 3 bệnh nhân 49 tuổi, tiền sử nội soi bóc nhân xơ cách 7 năm, trong phẫu thuật quan sát thấy khối u xơ ký sinh vào thành mạc ruột. Các bệnh nhân đều được tiến hành bóc các khối u xơ cho kết quả giải phẫu bệnh là khối u cơ nhẵn lành tính, được ra viện vào ngày 6 với tình trạng hậu phẫu ổn định. **Từ khóa:** U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng, phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, báo cáo ca bệnh.

SUMMARY

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Vương Minh
Email: vuongminhbaba@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025
Ngày duyệt bài: 27.6.2025

LEIOMYOMATOSIS PERITONEALIS DISSEMINATA (LPD) AFTER LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY USING MORCELATOR: CASES REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Leiomyomatosis peritonealis disseminata (LPD) is a rare disease characterized by dissemination and proliferation of peritoneal and subperitoneal lesions primarily originated from smooth muscle cells. We report three cases of LPD after laparoscopic myomectomy at national hospital of obstetrics and gynecology. First, 42 – year – old woman who had two children, was indicated for laparoscopic myomectomy in 2015. In 2020, she went to her gynecologist complaining of abdominal pain. A MRI and ultrasound were performed and reported multiple pelvic masses, subsequently excised during laparotomy. An exploratory laparotomy revealed nodules on the peritoneum, greater omentum and terminal ileum. Second, 50 – year – old woman was also indicated for laparoscopic myomectomy in 2019. Under laparoscopic visualization, many LPD nodules involved the peritoneum, omentum and a 10 cm - nodule in diameter involving the surface of the rectum. Last, 49 – year – old woman who undergone laparoscopic myomectomy 7 years ago was identified a nodule in the surface of the large intestine under laparoscopic visualization. The final histological examination of all three cases confirmed the diagnosis of LPD. Their postoperative periods were uneventful, and the patients were discharged on postop day 6.

Keywords: Leiomyomatosis peritonealis disseminata, laparoscopic myomectomy, cases report.

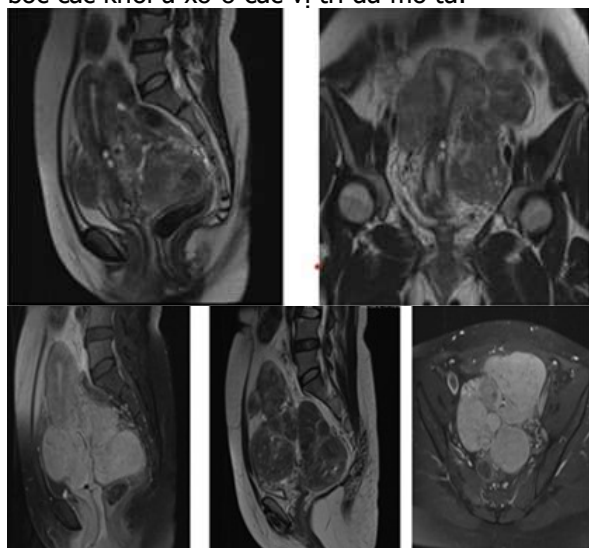
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi nhiều khối tế bào cơ trơn nằm rải rác trong tiểu khung và khoang phúc mạc, được mô tả lần đầu năm

1952 bởi Wilson và Peale.¹ Cho đến hiện tại, y văn mô tả được hơn 200 ca bệnh và ở dưới dạng báo cáo ca bệnh riêng biệt do tỷ lệ mắc và tỷ lệ mới mắc rất thấp và vẫn chưa có kết luận chính xác về cơ chế bệnh sinh cũng như cách thức điều trị có hiệu quả đối với bệnh lý này. Các bệnh nhân thường không có hoặc chỉ có các triệu chứng lâm sàng mơ hồ như đau bụng vùng chậu và hạ vị. Chẩn đoán thường dựa vào đặc điểm tổn thương trong phẫu thuật và được xác nhận bởi kết quả giải phẫu bệnh là u cơ trơn nhẵn lạnh tính. Việc chẩn đoán trước phẫu thuật các khối u xơ ký sinh vào phúc mạc thành bụng là tương đối khó khăn. Dưới đây chúng tôi xin được trình bày chùm ba ca bệnh và tổng quan y văn về loại u xơ này.

II. BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH

Ca bệnh thứ nhất: Bệnh nhân V.T.T.H sinh năm 1978, tiền sử bản thân khỏe mạnh. Tháng 3 năm 2015 đi khám phụ khoa do rong kinh kéo dài, được chẩn đoán u xơ tử cung và phẫu thuật bóc u xơ bằng phẫu thuật nội soi có dùng máy nghiền bệnh phẩm (Morcelator) tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, kết quả giải phẫu bệnh là u cơ nhẵn typ gian tế bào. Tháng 8 năm 2020, bệnh nhân H đau bụng hạ vị, đi khám thấy khối u vùng tiểu khung to nhiều thùy, kết quả siêu âm và cộng hưởng từ cho hình ảnh khối u xơ dưới thanh mạc gây biến dạng tử cung kích thước 11 x 9,5 cm. Phẫu thuật mở bụng quan sát thấy có 01 khối u xơ dưới thanh mạc kích thước 8cm và nhiều khối u xơ không liên tục với tử cung ở vị trí sát trực tràng kích thước 10 x 12cm và ở phía trước bàng quang kích thước 5 x 6 cm. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung và bóc các khối u xơ ở các vị trí đã mô tả.



Hình 1: Hình ảnh phim chụp MRI và bệnh phẩm u xơ sau phẫu thuật của bệnh nhân H
Ca bệnh thứ hai:

Bệnh nhân L.T.N.N sinh năm 1974, tháng 4 năm 2019 bệnh nhân đi khám phụ khoa được chẩn đoán u xơ tử cung nằm thành sau đoạn eo tử cung 4 x 5 cm, được phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung cũng sử dụng máy nghiền bệnh phẩm. Tháng 11 năm 2024, bệnh nhân đi khám phụ khoa theo hẹn. Khám thấy vùng tiểu khung có khối u to, di động hạn chế, kích thước 10 cm. Trên phim siêu âm và cộng hưởng từ nghĩ đến hình ảnh u xơ tử cung dưới thanh mạc kèm các khối u xơ nhỏ ở tử cung. Trong phẫu thuật quan sát thấy vị trí trocar cũ có khối u xơ 2cm, rải rác phúc mạc thành bụng có các khối u xơ nhỏ kích thước 1 – 2 cm, ký sinh vào thành trực tràng có khối u xơ kích thước 9 x 10 cm và tử cung có vài nhân xơ nhỏ kích thước 1 cm. Bệnh nhân được chuyển mổ mở bóc các khối u xơ đã mô tả, bảo tồn tử cung (do các khối u xơ tại tử cung kích thước rất nhỏ, bệnh nhân cũng không có triệu chứng do u xơ gây ra và còn nhu cầu sinh sản trong tương lai).



Hình 2: Hình ảnh phim chụp MRI và khối u xơ ký sinh trong phẫu thuật của bệnh nhân N

Ca bệnh thứ ba: Bệnh nhân L.T.T 49 tuổi, có hai lần đẻ thường, tiền sử phẫu thuật nội soi bóc nhân xơ tử cung năm 2012, đi khám định kỳ phát hiện khối u xơ 4 cm vào năm 2022. Tháng 3 năm 2025, bệnh nhân tức bụng hạ vị đến khám được chẩn đoán đa u xơ tử cung với hình ảnh siêu âm các khối xơ L5 – L6, khối u xơ lớn nhất 61 x 49 mm. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn để lại buồng trứng. Trong quá trình phẫu thuật, quan sát thấy kích thước tử cung to bằng tử cung có thai 10 tuần, có 01 u xơ mặt đáy tử cung kích thước 4cm, 01 u xơ ký sinh vào thanh mạc đại tràng sigma và mạc nối lớn. Bệnh nhân được phẫu

thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn và bóc khối u xơ ký sinh, lấy các bệnh phẩm qua đường âm đạo, khâu cầm máu các diện bóc tách.



Hình 3: Khối u xơ ký sinh vào thành mạc ruột được bóc tách sau phẫu thuật

III. BÀN LUẬN

3.1. Cơ chế bệnh sinh của u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng. Cơ chế phát sinh của loại u xơ này vẫn còn đang tranh cãi, tuy nhiên có hai giả thuyết được đưa ra:

Giả thuyết thứ nhất là phát sinh sau điều trị nội soi bóc u xơ với sử dụng máy nghiền u để cắt nhỏ bệnh phẩm. Quá trình này gây lan tràn tế bào u vào ổ bụng khi nghiền bệnh phẩm, sau đó các tế bào u ký sinh ở phúc mạc. Tác giả Miyake và Ordulu báo cáo các tương quan nhiễm sắc thể giống nhau ở khối u xơ lần đầu và khối u xơ ký sinh ở hai lần phẫu thuật.² Cả ba ca bệnh của chúng tôi phát sinh theo giả thuyết này, với quá trình phát tán khối u được phát hiện sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ lần lượt là 3, 5 và 7 năm. Vị trí phát triển xa tử cung được ghi nhận là vị trí trước trực tràng và mặt trên bàng quang.

Giả thuyết thứ hai là do quá trình sử dụng hormone nội tiết, với sự biến đổi từ tế bào trung mô thành tế bào cơ do sự kích thích của nồng độ cao hormone sinh dục. Nhuộm hóa mô miễn dịch của khối u xơ ký sinh vào phúc mạc đều có một trong các thụ thể ER, PR hoặc LH dương tính.³ Chính vì các giả thuyết này mà yếu tố nguy cơ của khối u xơ ký sinh vào phúc mạc thành bụng được các tác giả đưa ra bao gồm: sử dụng lâu dài các thuốc tránh thai đường uống, phụ nữ mang thai, sự tồn tại của các khối u buồng trứng.³

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng. Triệu chứng lâm sàng của khối u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng thường rất mơ hồ và không có triệu chứng đặc hiệu, người bệnh thường đến khám vì đau bụng âm ỉ hoặc khám phụ khoa định kỳ. Matthew Lee (năm 2024) báo cáo một ca bệnh đi khám vì mong con với không một triệu chứng trên lâm sàng và ngay cả trên siêu âm, được chẩn đoán u xơ ký sinh vào phúc mạc thành

bụng qua nội soi ổ bụng tìm căn nguyên vô sinh.

⁴ Tác giả Yang Lei (năm 2020) đã báo cáo 3 trường hợp u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng mà không có một triệu chứng lâm sàng nào đáng kể.⁵ Xin Chen đã nghiên cứu 13 trường hợp u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng từ năm 2011 đến 2020, tất cả đều có tiền sử phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung trước đó có dùng máy nghiền bệnh phẩm. Vị trí thường gặp của u xơ trong nghiên cứu này là nửa dưới ổ phúc mạc với vị trí nhiều nhất là cùng đồ Douglas.⁶ Ở các ca bệnh của chúng tôi phát hiện ra khối u sau lần mổ nội soi bóc u xơ có dùng máy nghiền bệnh phẩm lần lượt 3, 5 và 7 năm với không một triệu chứng lâm sàng hoặc chỉ đau bụng âm ỉ. Do đó có thể thấy các khối u này thường phát triển âm thầm không gây triệu chứng rõ ràng kể cả khi khối u đã có kích thước đáng kể.

Về cận lâm sàng, tính chất của khối u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng cũng tương tự như tính chất của u xơ thông thường. Trên phim cắt lớp vi tính, hình ảnh có thể bắt gặp với các khối mô đặc, hồi âm giảm, tuy nhiên khi sự hoại tử khối u xơ hay cấy ghép xảy ra dễ nhầm lẫn với các ung thư di căn phúc mạc, thậm chí là các tổn thương lạc nội mạc tử cung ở thành bụng hay u xơ buồng trứng hoặc các khối u đường tiêu hóa. Ở ca bệnh đầu tiên của chúng tôi, hình ảnh siêu âm chỉ thấy tử cung to với khối u đặc ở thành sau kích thước 11 x 9,5cm, trên phim chụp cộng hưởng từ nghĩ đến khối u xơ dưới thanh mạc gây biến dạng hình thái tử cung. Ở ca bệnh thứ hai, trên siêu âm và cộng hưởng từ thấy tiểu khung có một khối đặc, rõ ranh giới, hướng đến đến khối u xơ dưới thanh mạc. Còn ca bệnh thứ ba chỉ thấy hình ảnh đa u xơ tử cung với các khối u xơ phân loại L - 6 trên siêu âm. Như vậy có thể nhận thấy việc chẩn đoán trước phẫu thuật khối u xơ ký sinh vào phúc mạc thành bụng là tương đối khó khăn và dễ cho hình ảnh giống các u xơ dưới thanh mạc do nằm sát tử cung, mặc dù thực tế khi quan sát trong phẫu thuật, các khối u xơ này tách biệt hoàn toàn với tử cung.

3.3. Điều trị khối u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng. Hiện nay vẫn chưa có sự thống nhất về điều trị khối u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng. Phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp điều trị chính với lợi ích giảm đáng kể triệu chứng cũng như cho kết quả mô bệnh học khẳng định. Tuy nhiên việc phẫu thuật bóc tách hoàn toàn các u xơ hay không, có kèm theo cắt tử cung không phụ thuộc vào vị trí tiếp cận, tương quan với các tạng xung quanh, tuổi và mong muốn mang thai cũng

như trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Phẫu thuật mổ mở thường được ưu tiên do các vị trí đa dạng và khó tiếp cận của khối u, sự khảo sát toàn vẹn ổ bụng và đôi khi cần phối hợp với các phẫu thuật viên ngoại tiêu hóa khi khối u ký sinh sâu vào các quai ruột. Swati (năm 2023) mô tả một trường hợp sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung cố dùng máy nghiền bệnh phẩm 12 tháng, được chẩn đoán u xơ ký sinh vào phúc mạc ruột. Bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở cắt tử cung hoàn toàn, bóc khối u xơ ở thành bụng, cắt bỏ khối u có kết hợp phẫu thuật khâu nối ruột do khối u xơ cắm sâu vào quai ruột gây biến chứng thủng.⁷

Tác giả Jia Yang (năm 2021) đã khuyến cáo không nên phẫu thuật ở các bệnh nhân với nhiều khối u xơ ký sinh phúc mạc rải rác, đặc biệt ở các bệnh nhân đã từng tái phát.⁸ Một số tác giả cho rằng loại u xơ này nếu không có triệu chứng lâm sàng thì không cần phẫu thuật. Điều trị nội khoa cũng tương tự như u xơ tử cung nói chung với liệu pháp phong tỏa hormone đơn thuần hoặc phối hợp các thuốc điều biến thụ thể estrogen chọn lọc (SERM), chẹn thụ thể aromatase (AI) hay chủ vận GnRH - agonist. Tác giả Jia cũng đưa ra vai trò của Goserlin trong việc điều trị khối u xơ ký sinh vào phúc mạc thành bụng, đặc biệt với các trường hợp không sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, với sự giảm kích thước khối u xơ trên siêu âm và giảm các triệu chứng lâm sàng.⁸

Ở hai ca bệnh đầu tiên của chúng tôi đều lựa chọn phẫu thuật mổ mở để điều trị cho bệnh nhân, bóc tách các khối u xơ khỏi vị trí ký sinh và gửi mô bệnh học. Ca bệnh đầu tiên ngoài việc bóc các khối u xơ ký sinh vào phúc mạc thành bụng các vị trí trước bàng quang, sát lỗ Trocar cũ và sát trực tràng, bệnh nhân còn được phẫu thuật cắt bỏ tử cung do khối u xơ bên trái tử cung kích thước 8 x 6 cm gây triệu chứng lâm sàng. Ở ca bệnh thứ hai do bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng liên quan và kích thước khối u xơ tại tử cung rất nhỏ, nên bảo tồn tử cung được đặt ra, phẫu thuật dừng lại ở việc bóc tách toàn bộ các khối u xơ ký sinh. Còn với ca bệnh thứ ba bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung kết hợp bóc tách khối u xơ ký sinh vào thanh mạc ruột do tử cung kích thước nhỏ và các khối u không quá lớn cũng như có vị trí không quá khó tiếp cận, quá trình bóc tách khối u diễn ra an toàn và không có biến chứng tổn thương các tạng xung quanh. Cả ba bệnh nhân đều ổn định ra viện sau 5 ngày hậu phẫu, kết quả mô bệnh học đều là u cơ trơn lành tính.

IV. KẾT LUẬN

U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là một bệnh lý tương đối hiếm gặp và khó khăn trong chẩn đoán trước phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi bóc u xơ có sử dụng máy nghiền bệnh phẩm làm tăng nguy cơ u phát tán và ký sinh vào thành bụng, do đó khuyến cáo các phẫu thuật viên cần quan sát và rửa sạch ổ bụng hoặc sử dụng máy nghiền u kết hợp túi chuyên dụng để tránh biến chứng này cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Willson, J. R., Peale, A. R. Multiple Peritoneal Leiomyomas Associated with a Granulosa-Cell Tumor of the Ovary**Presented at a meeting of the Philadelphia Obstetrical Society, Jan. 3, 1952. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 64(1), 204-208. doi: 10.1016/s0002-9378(16)38757-9.
2. Ordulu Z, Dal Cin P, Chong WW, Choy KW, Lee C, Muto MG, Quade BJ, Morton CC. Disseminated peritoneal leiomyomatosis after laparoscopic supracervical hysterectomy with characteristic molecular cytogenetic findings of uterine leiomyoma. Genes Chromosomes Cancer. 2010;49:1152-1160. doi: 10.1002/gcc.20824.
3. Bucuri CE, Ciortea R, Malutan AM, Oprea V, Toma M, Roman MP, Ormindean CM, Nati I, Suciu V, Simon-Dudea M, Mihu D. Disseminated Peritoneal Leiomyomatosis-A Challenging Diagnosis-Mimicking Malignancy Scoping Review of the Last 14 Years. Biomedicine. 2024 Aug 3;12(8):1749. doi: 10.3390/biomedicine12081749
4. Lee M, Morev G, Lopez H, Bass R, Ferra S. Disseminated peritoneal leiomyomatosis mimicking carcinomatosis: A case report. Int J Surg Case Rep. 2024 Jul;120:109908. doi: 10.1016/j.ijscr.2024.109908. Epub 2024 Jun 13. PMID: 38878730; PMCID: PMC11228581
5. Yang L, Liu N, Liu Y. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: Three case reports. Medicine (Baltimore). 2020 Oct 9;99(41):e22633. doi: 10.1097/MD.00000000000022633. PMID: 33031323; PMCID: PMC7544249.
6. Xin Chen, Haiyuan Liu, Honghui Shi, Qingbo Fan, Dawei Sun Jinghe Lang. Leiomyomatosis Peritonealis Disseminata Following Laparoscopic Surgery With Uncontained Morcellation: 13 Cases From One Institution. Front Sur 2021 Dec 9;8:788749.
7. Trivedi S, Gothwal M, Binit S, Singh P. Disseminated peritoneal leiomyoma: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep. 2024 Jun 11;17(6):e259093. doi: 10.1136/bcr-2023-259093. PMID: 38862186.
8. Yang JW, Hua Y, Xu H, He L, Huo HZ, Zhu CF. Treatment of leiomyomatosis peritonealis disseminata with goserelin acetate: A case report and review of the literature. World J Clin Cases. 2021 Jul 6;9(19):5217-5225. doi: 10.12998/wjcc.v9.i19.5217. PMID: 34307570; PMCID: PMC8283592.