

Thị Thanh Hoa. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng ngừa UTCTC của sinh viên nữ Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2022. Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng. 2023;(136):20–26.

7. **Đào Thanh, Lê Hoàng Phong, Phạm Kim Dung.** Kiến thức, thái độ về phòng ngừa UTCTC

do nhiễm HPV ở phụ nữ mang thai tại thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;541(3). doi:10.51298/vmj.v541i3.10923

8. **Vũ Văn Du.** Kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng UTCTC của bệnh nhân đang điều trị tại BVPSTW. J 108 Clin Med Pharm. 2017;12(1).

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP: HỘI CHỨNG MEIGS

Trần Đức Tuấn¹, Tôn Nữ Trà My¹, Đặng Mạnh Cường¹,
Nguyễn Tiến Long¹, Trần Thị Loan¹, Hoàng Thị Phương Thảo¹,
Trương Quang Quý¹, Bùi Tiên Sĩ¹, Tô Kim Sang¹

TÓM TẮT

Hội chứng Meigs là một tình trạng hiếm gặp, bao gồm một khối u buồng trứng lành tính, báng bụng và tràn dịch màng phổi. Tình trạng này có thể bị chẩn đoán nhầm với bệnh lý ác tính, dẫn đến can thiệp không cần thiết. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 68 tuổi nhập viện vì khó thở tiến triển, ho khan kéo dài, tràn dịch màng phổi hai bên và báng bụng kèm theo một khối vùng chậu. Hình ảnh học gợi ý khối u phần phụ lành tính, kết quả sinh thiết lõi xác nhận u sợi buồng trứng. Sau phẫu thuật cắt bỏ khối u, dịch tràn tự hết mà không tái phát. Báo cáo này nhấn mạnh vai trò quan trọng của chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học trong phân biệt hội chứng Meigs với bệnh lý ác tính. **Từ khóa:** Hội chứng Meigs, u sợi buồng trứng, tràn dịch màng phổi, báng bụng.

SUMMARY

CASE REPORT: MEIGS SYNDROME

Meigs syndrome is a rare condition characterized by a benign ovarian tumor, ascites, and pleural effusion, which can be misdiagnosed as malignancy, leading to unnecessary interventions. We report a case of a 68-year-old female presenting with progressive dyspnea, persistent dry cough, bilateral pleural effusion, and ascites, along with a pelvic mass. Imaging suggested a benign adnexal tumor, and a core-needle biopsy confirmed an ovarian fibroma. After surgical removal of the mass, the effusions resolved spontaneously without recurrence. This case highlights the importance of imaging and histopathology in differentiating Meigs syndrome from malignant conditions. **Keywords:** Meigs syndrome, ovarian fibroma, pleural effusion, ascites.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Meigs được định nghĩa là sự kết hợp giữa một khối u buồng trứng lành tính, báng

bụng và tràn dịch màng phổi, trong đó các dịch tràn tự hết sau khi cắt bỏ khối u. Hội chứng này chiếm khoảng 1% trong các khối u buồng trứng, phổ biến nhất là u sợi buồng trứng [1].

Sự xuất hiện đồng thời của tràn dịch màng phổi, báng bụng và khối vùng chậu thường làm dấy lên nghi ngờ về một bệnh lý ác tính. Chẩn đoán hội chứng Meigs chủ yếu dựa vào đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và xác nhận qua mô bệnh học. Việc nhận diện đúng hội chứng này giúp tránh chẩn đoán nhầm với ung thư buồng trứng hoặc ung thư di căn, từ đó hạn chế các can thiệp không cần thiết.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp mô tả ca bệnh hiếm và nhìn lại y văn về các đặc điểm mô bệnh học, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị hội chứng Meigs

III. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 68 tuổi nhập viện vì khó thở tăng dần trong ba tháng trước khi nhập viện, kèm theo ho khan kéo dài. Bệnh nhân không có sốt, không đau ngực, không sụt cân rõ rệt. Trong hai tháng gần đây, bệnh nhân nhận thấy bụng ngày càng to lên, cảm giác căng tức vùng bụng dưới nhưng không đau, không có triệu chứng rối loạn tiêu hóa. Trước đó, bệnh nhân vẫn sinh hoạt bình thường, không có tiền sử bệnh lý ác tính, chưa từng phẫu thuật ổ bụng hay điều trị hóa trị, xạ trị.

Khám lâm sàng ghi nhận:

- Nhịp thở nhanh nhẹ, không có dấu hiệu suy hô hấp nặng, SpO₂ 95% khi thở oxy 3 l/phút.
- Nghe phổi: Mật âm phế bào hai bên, gõ đục nửa dưới hai phế trường.
- Khám bụng: Phát hiện một khối lớn vùng chậu, sờ đến ngang mức rốn.

Chẩn đoán hình ảnh

- X-quang ngực:** Tràn dịch màng phổi hai bên lượng trung bình, chủ yếu ở phổi phải, kèm

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Tuấn

Email: ductuantranvo2212@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2025

Ngày duyệt bài: 19.8.2025

theo hình ảnh mờ không đồng nhất trong phế trường.

- **Siêu âm bụng:** Ghi nhận một khối lớn vùng chậu, ban đầu nghi ngờ là u xơ tử cung lớn.

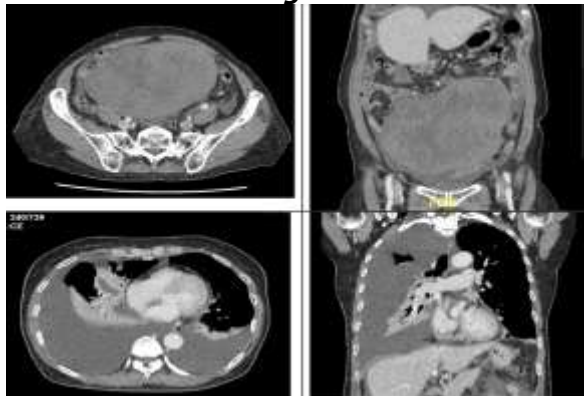
- **Chụp CT ngực – bụng:** Phát hiện một khối đặc không đồng nhất vùng bụng dưới, kích thước khoảng 14 x 11 x 19 cm, bờ rõ, có nguồn gốc từ phần phụ trái, kèm theo báng bụng và tràn dịch màng phổi nhưng không có hạch bất thường.



Hình 1: Phim X-quang ngực cho thấy mờ không đều hai trường phổi kèm tràn dịch khoang màng phổi hai bên, chủ yếu bên phải



Hình 2: Siêu âm ổ bụng cho thấy khối vùng tiểu khung, ban đầu nghi ngờ là u xơ tử cung lớn.

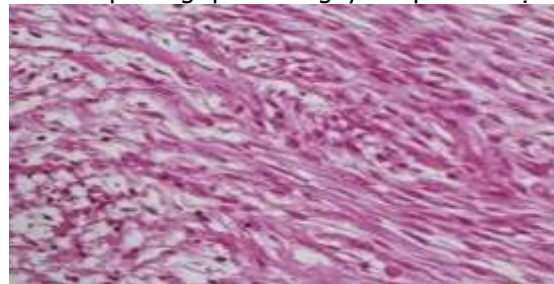


Hình 3: Chụp Cắt lớp vi tính lồng ngực và ổ bụng cho thấy khối u vùng bụng - chậu không đồng nhất với bờ rõ, được cấp máu bởi các nhánh mạch xuất phát từ động mạch chậu trong, do vậy nghĩ đến nguồn gốc từ buồng trứng trái

Không có hạch bất thường. Dịch ổ bụng và dịch khoang màng phổi hai bên cũng được ghi nhận

Kết quả xét nghiệm máu cho thấy công thức máu trong giới hạn bình thường, chức năng gan, thận và điện giải không có bất thường. Mức CA-125 tăng cao 1447 U/mL, tuy nhiên giá trị HE 4 (Human Epididymal Protein 4) trong giới hạn bình thường 72.10 pmol/l. Dịch màng phổi và dịch báng bụng có màu vàng chanh, không mùi, sinh hóa cho thấy protein dịch màng phổi 41.7 g/L (dịch tiết). Tế bào học cho thấy dịch viêm phản ứng, không phát hiện tế bào ác tính. X-quang ngực cho thấy tràn dịch màng phổi hai bên, lượng nhiều hơn ở phổi phải, không thấy tổn thương u phổi hay tổn thương nhu mô nghi ngờ ác tính.

Bệnh nhân được sinh thiết lõi qua da dưới hướng dẫn siêu âm để xác định bản chất khối u. Kết quả mô bệnh học ghi nhận các tế bào hình thoi đồng dạng, nhân hai đầu nhọn giống nguyên bào sợi, mật độ tế bào thưa đến trung bình, không có dị dạng nhân và hình ảnh phân bào, không xuất huyết, hoại tử, nền rải rác có các sợi collagen và mạch máu. Kết luận giải phẫu bệnh phù hợp với u sợi buồng trứng lành tính, không có dấu hiệu ác tính. Với các đặc điểm gồm u sợi buồng trứng, tràn dịch màng phổi hai bên, báng bụng và dịch màng bụng tự hết sau khi cắt bỏ khối u, bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Meigs. Do bệnh nhân lớn tuổi và đã mãn kinh, bác sĩ quyết định thực hiện phẫu thuật cắt tử cung toàn phần kèm hai phần phụ để giảm nguy cơ tái phát và đảm bảo loại bỏ hoàn toàn tổn thương. Đồng thời, bệnh nhân cũng được đặt dẫn lưu màng phổi phải để rút bớt dịch, đảm bảo hô hấp trong quá trình gây mê phẫu thuật.



Hình 4. U sợi buồng trứng

U gồm các bó sợi thoi hoặc bầu dục, đan chéo nhau, có mật độ thay đổi vùng thưa và vùng dày tế bào, nhân tế bào hình thoi, đồng dạng, không dị dạng nhân, rất hiếm hình ảnh phân bào, U tạo nhiều sợi collagen.

Phẫu thuật được tiến hành qua đường mổ bụng dưới dưới gây mê nội khí quản. Trong quá

trình phẫu thuật, ghi nhận buồng trứng trái có khối u xơ chắc, bờ rõ, không xâm lấn xung quanh. Không có dịch ổ bụng bất thường ngoài bàng bụng, không có hạch to hay dấu hiệu xâm lấn phúc mạc, tử cung bình thường về kích thước và cấu trúc. Khối u được cắt bỏ và gửi làm giải phẫu bệnh ngay trong mổ. Kết quả sinh thiết tức thì xác nhận u sợi buồng trứng lành tính, phù hợp với chẩn đoán trước phẫu thuật.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân hồi phục tốt, không có biến chứng nhiễm trùng hay chảy máu. Dịch màng phổi và bàng bụng giảm dần, không tái lập trở lại và không còn ghi nhận trên phim chụp X-quang tim phổi và siêu âm ổ bụng ở ngày thứ ba.

Kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng cho thấy khối u buồng trứng trái có kích thước 20 cm × 10 cm × 12 cm, bờ rõ, không có hoại tử. Mô bệnh học xác nhận đây là u sợi buồng trứng lành tính, không có dấu hiệu ác tính. Lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung được ghi nhận. Các cơ quan khác như cổ tử cung, nội mạc tử cung, buồng trứng phải và hai phần phụ hai bên chưa ghi nhận bất thường.

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng Meigs là một tình trạng hiếm gặp, được mô tả lần đầu tiên năm 1887 bởi Demons và năm 1937 bởi Meigs, đặc trưng bởi sự hiện diện của một khối u buồng trứng lành tính kèm theo bàng bụng và tràn dịch màng phổi [2]. Do triệu chứng lâm sàng thường bao gồm bụng to dần và khó thở tiến triển, hội chứng này có thể bị chẩn đoán nhầm với ung thư buồng trứng hoặc bệnh lý ác tính khác. Điều quan trọng là sau khi khối u được phẫu thuật cắt bỏ, dịch màng bụng và dịch màng phổi sẽ tự hết, giúp phân biệt với các nguyên nhân ác tính. Trong trường hợp chúng tôi báo cáo, bệnh nhân 68 tuổi nhập viện với biểu hiện khó thở và bàng bụng kèm theo một khối vùng chậu. Hình ảnh học gợi ý một khối u phần phụ không có đặc điểm ác tính rõ ràng, và kết quả sinh thiết lõi trước phẫu thuật xác nhận đây là một u sợi buồng trứng. Sau khi khối u được phẫu thuật cắt bỏ, dịch tràn tự hết hoàn toàn và không tái phát, phù hợp với chẩn đoán hội chứng Meigs.

CA-125 là một dấu ấn sinh học không đặc hiệu, thường tăng trong nhiều bệnh lý, bao gồm cả ung thư buồng trứng, viêm phúc mạc, lạc nội mạc tử cung, suy tim và hội chứng Meigs. Mức CA-125 có thể tăng trong hội chứng Meigs, nhưng thường chỉ ở mức trung bình (< 200-300 U/mL). Tuy nhiên, trong một số trường hợp

hiếm, CA-125 có thể tăng rất cao (> 1000 U/mL) nếu có bàng bụng lớn, do sự kích thích phúc mạc dẫn đến tăng tiết CA-125. HE4 là một dấu ấn sinh học đặc hiệu hơn cho ung thư biểu mô buồng trứng, đặc biệt là ung thư biểu mô thanh dịch, và thường không tăng trong các bệnh lý lành tính. Trong hội chứng Meigs, các báo cáo trước đây cho thấy HE4 thường nằm trong giới hạn bình thường. Điều này phù hợp với trường hợp bệnh nhân này, mức CA-125 ở ca bệnh này tăng rất cao (1447 U/mL), ban đầu gây nghi ngờ về chẩn đoán u buồng trứng ác tính. Tuy nhiên, khi phối hợp đánh giá HE4 (Human Epididymal Protein 4), thấy rằng chỉ số này vẫn nằm trong giới hạn bình thường (72.10 pmol/L). Điều này đặt ra khả năng của một tổn thương lành tính và cho thấy sự phù hợp với chẩn đoán hội chứng Meigs. Do mức CA-125 rất cao, cần có chiến lược đánh giá cẩn thận để loại trừ ác tính. Bệnh nhân đã được thực hiện chọc hút dịch màng bụng và dịch màng phổi để phân tích tế bào học, không phát hiện tế bào ác tính. Hình ảnh học cho thấy khối u có bờ rõ, không hoại tử, không xâm lấn, điều này càng củng cố khả năng u lành tính. Yếu tố quan trọng nhất giúp xác nhận chẩn đoán là sự giảm nhanh của CA-125 sau phẫu thuật. Trong hội chứng Meigs, sau khi khối u được cắt bỏ, bàng bụng và tràn dịch màng phổi sẽ tự hết, đồng thời nồng độ CA-125 sẽ giảm đáng kể trong vòng vài tuần đến vài tháng. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kết hợp dấu ấn sinh học, chẩn đoán hình ảnh và phân tích tế bào học trong đánh giá một bệnh nhân có CA-125 tăng cao. Nếu chỉ dựa vào CA-125, bệnh nhân có thể bị chẩn đoán nhầm là bệnh lý ác tính và phải trải qua các can thiệp không cần thiết. Tuy nhiên, sự hiện diện của mức HE4 bình thường, kết quả mô bệnh học xác nhận u sợi buồng trứng, và diễn tiến lâm sàng điển hình đã khẳng định chẩn đoán hội chứng Meigs trong trường hợp này. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc đánh giá tổng thể các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng, thay vì chỉ dựa vào một dấu ấn sinh học đơn lẻ, để tránh chẩn đoán sai và điều trị quá mức.

Một số loại mô học phổ biến nhất của hội chứng Meigs bao gồm u sợi, u sợi vỏ bào, u sợi bào, u vỏ bào, và u tế bào hạt. Ngoài ra, cần phân biệt với một số trường hợp có đặc điểm tương tự như hội chứng Meigs nhưng bướu buồng trứng không phải dạng sợi, được gọi là giả hội chứng Meigs, bao gồm các loại mô học như bướu quái buồng trứng, ung thư di căn

buồng trứng, u nang nhầy, u cơ trơn, và u cơ trơn buồng trứng.

Cơ chế bệnh sinh của hội chứng Meigs vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn, nhưng có một số giả thuyết đã được đưa ra nhằm giải thích sự xuất hiện của báng bụng và tràn dịch màng phổi trong bối cảnh một khối u buồng trứng lành tính. Một trong những giả thuyết phổ biến nhất là sự kích thích cơ học lên phúc mạc do khối u, dẫn đến tăng tiết dịch màng bụng [2], [3]. Ngoài ra, sự chèn ép của khối u lên tĩnh mạch vùng chậu có thể làm cản trở tuần hoàn bạch huyết, gây ứ trệ dịch trong ổ bụng [4]. Tràn dịch màng phổi trong hội chứng Meigs có thể liên quan đến sự di chuyển của dịch báng bụng qua cơ hoành hoặc do phản ứng viêm tại màng phổi [2]. Điều này giải thích tại sao tràn dịch màng phổi trong hội chứng Meigs thường gặp là dịch tiết, xuất hiện ở bên phải nhiều hơn do áp lực âm trong khoang màng phổi bên phải tạo điều kiện thuận lợi cho sự di chuyển dịch từ ổ bụng lên khoang ngực. Một số báo cáo cho thấy khoảng 70% bệnh nhân sẽ có tràn dịch màng phổi phải, 15% tràn dịch màng phổi trái, và khoảng 15% sẽ có tràn dịch màng phổi ở cả hai bên [5].

Chẩn đoán hội chứng Meigs chủ yếu dựa vào đánh giá lâm sàng kết hợp với chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm hỗ trợ. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường có triệu chứng khó thở do tràn dịch màng phổi, kèm theo bụng to dần do báng bụng. Chụp X-quang ngực cho thấy tràn dịch màng phổi, trong khi siêu âm bụng và CT scan giúp xác định khối u buồng trứng và đánh giá sự hiện diện của dịch báng bụng. MRI có thể hữu ích trong việc xác định bản chất khối u, đặc biệt là phân biệt giữa u sợi buồng trứng và các khối u ác tính khác. Xét nghiệm CA-125 đôi khi có thể tăng nhẹ trong hội chứng Meigs, nhưng mức độ tăng không đáng kể như trong ung thư buồng trứng. Điều quan trọng là chọc hút dịch màng bụng và dịch màng phổi để phân tích tế bào học, thường không phát hiện tế bào ác tính trong hội chứng Meigs, giúp phân biệt với bệnh lý ác tính.

Việc chẩn đoán phân biệt hội chứng Meigs với ung thư buồng trứng là một thách thức trong thực hành lâm sàng. Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn có thể biểu hiện tương tự với báng bụng và tràn dịch màng phổi, nhưng có một số đặc điểm giúp phân biệt giữa hai bệnh lý này. Trong hội chứng Meigs, khối u thường có bờ rõ, không hoại tử và không có hạch bất thường trên hình ảnh học, trong khi ung thư buồng trứng thường có khối u không đồng nhất, có thành phần hoại tử hoặc nốt trong ổ bụng kèm theo

hạch to. Do đó, kết hợp giữa chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm sinh học là rất quan trọng để xác định chính xác bệnh lý.

Phương pháp điều trị duy nhất đối với hội chứng Meigs là phẫu thuật cắt bỏ khối u buồng trứng [6]. Điều này giúp loại bỏ nguồn gốc gây kích thích phúc mạc, từ đó dẫn đến sự biến mất hoàn toàn của báng bụng và tràn dịch màng phổi. Trong trường hợp bệnh nhân còn trẻ và có mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản, có thể thực hiện phẫu thuật bảo tồn chỉ cắt khối u buồng trứng. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh lý đi kèm, việc cắt tử cung và hai phần phụ có thể được cân nhắc để ngăn ngừa nguy cơ tái phát. Theo dõi sau phẫu thuật là rất quan trọng để đảm bảo không có sự tái phát của dịch tràn hoặc sự xuất hiện của bất kỳ biến chứng nào.

Hội chứng Meigs mặc dù hiếm gặp nhưng việc lưu tâm và nhận diện chẩn đoán trong thực hành lâm sàng có ý nghĩa quan trọng, đặc biệt là khi đánh giá các bệnh nhân có báng bụng và tràn dịch màng phổi kèm theo khối u buồng trứng. Chẩn đoán chính xác giúp tránh các can thiệp không cần thiết và hạn chế lo lắng cho bệnh nhân. Báo cáo ca bệnh này nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm mô bệnh học trong việc phân biệt hội chứng Meigs với ung thư buồng trứng, đồng thời khẳng định tầm quan trọng của phẫu thuật trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng Meigs là một chẩn đoán hiếm gặp nhưng quan trọng, cần được xem xét ở bệnh nhân có khối u buồng trứng kèm theo báng bụng và tràn dịch màng phổi. Chẩn đoán hình ảnh kết hợp với mô bệnh học đóng vai trò quyết định trong phân biệt với bệnh lý ác tính, giúp tránh điều trị không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pinzón, Camilo Levi Acuña, et al.** "Meigs syndrome: literature review of a case report." *International Journal of Research in Medical Sciences* 8.10 (2020): 3706.
2. **Hou YY, Peng L, Zhou M.** Meigs syndrome with pleural effusion as initial manifestation: A case report. *World J Clin Cases*. 2021 Jul 26; 9(21): 5972-5979
3. **Topalak O, Saygili U, Soyuturk M, Karaca N, Batur Y, Uslu T, Erten O.** Serum, pleural effusion, and ascites CA-125 levels in ovarian cancer and nonovarian benign and malignant diseases: a comparative study. *Gynecol Oncol*. 2002 Apr; 85(1):108-13.
4. **Peparini, Nadia, et al.** "Abdominal hypertension in Meigs' syndrome." *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 34.8 (2008): 938-942.

5. **Mitsuboshi, Shota, et al.** "A Case of Unexplained Pleural Effusion Diagnosed as Meigs' Syndrome." Tokyo Women's Medical University Journal 3 (2019): 69-72.
6. **Kushwaha, Nandini, Anchit Gugnani, Neha Vyas, Himanshu Mathur, and Mohammad Sidiq.** "Physiotherapy Approach In Meigs Syndrome: A."