

U GIẢ NHẦY PHÚC MẠC KÈM U TUYẾN NANG NHẦY BUỒNG TRỨNG: THÁCH THỨC TRONG XÁC ĐỊNH NGUỒN GỐC TỔN THƯƠNG

Lê Thị Yến, Nguyễn Văn Hồng, Phạm Thị Thảo Phương, Trịnh Tuấn Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U giả nhầy phúc mạc (Pseudomyxoma peritonei – PMP) là thuật ngữ lâm sàng dùng để chỉ tình trạng tích tụ chất nhầy lan tỏa trong ổ bụng thứ phát sau các tân sinh nhầy. Đây là một chủ đề còn nhiều tranh cãi liên quan đến bản chất sinh học và danh pháp. Phần lớn trường hợp có nguồn gốc từ u nhầy ruột thừa. Tuy nhiên, khi PMP đi kèm một khối u nhầy buồng trứng có hình thái lành tính, việc xác định cơ quan nguyên phát trở thành thách thức chẩn đoán.

Mô tả ca bệnh: Bệnh nhân nữ 32 tuổi, phát hiện tình cờ khối u buồng trứng trái khi khám tiền sản. Siêu âm và MRI ghi nhận khối nang đa thùy kích thước lớn kèm dịch tự do ổ bụng (ORADS 4–5). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt buồng trứng trái, một phần buồng trứng phải và cắt ruột thừa. Đại thể u dạng nang chứa đầy chất nhầy. Vi thể cho thấy u tuyến nang nhầy với biểu mô trụ chế nhầy hình thái lành tính. Các mẫu nhân phúc mạc, mạc nối, ruột non có nhiều chất nhầy mật độ tế bào thấp, không thấy tế bào không điển hình. Ruột thừa không có u.

Kết luận: Chẩn đoán xác định u tuyến nang nhầy buồng trứng trái kèm u giả nhầy phúc mạc độ 1. Trường hợp này đặt ra câu hỏi liệu chất nhầy trong ổ bụng có nguồn gốc từ u buồng trứng lành tính hay từ một tổn thương nguyên phát khác không được phát hiện. Đánh giá mô bệnh học toàn diện và tiếp cận hệ thống có vai trò quyết định trong xác định nguồn gốc bệnh.

Từ khóa: U tuyến nang nhầy buồng trứng; u giả nhầy phúc mạc.

SUMMARY

PEUDOMYXOMA PERITONEI ASSOCIATED WITH OVARIAN MUCINOUS CYSTADENOMA: DIAGNOSTIC CHALLENGES IN DETERMINING THE PRIMARY ORIGIN

Background: Pseudomyxoma peritonei (PMP) is a clinical term referring to diffuse intraperitoneal accumulation of mucin secondary to mucinous neoplasms. It remains a controversial entity with respect to biological behavior and nomenclature. The majority of cases originate from appendiceal mucinous neoplasms. However, when PMP is associated with a morphologically benign ovarian mucinous tumor, determining the primary site becomes a significant diagnostic challenge.

Case presentation: A 32-year-old woman was incidentally found to have a left ovarian mass during a routine prenatal examination. Ultrasound and MRI revealed a large multilocular cystic lesion associated with free intraperitoneal fluid (ORADS 4–5). The patient underwent left oophorectomy, partial right oophorectomy, and appendectomy. Grossly, the tumor was a cystic mass filled with mucinous material. Histologically, it was consistent with mucinous cystadenoma lined by benign-appearing mucinous columnar epithelium. Peritoneal nodules, omentum, and small bowel specimens demonstrated abundant low-cellularity mucin without cytologic atypia. No neoplasm was identified in the appendix.

Conclusion: The final diagnosis was left ovarian mucinous cystadenoma associated with grade 1 pseudomyxoma peritonei. This case raises the question of whether the intraperitoneal mucin originated from a benign ovarian tumor or from an undetected primary lesion elsewhere. Comprehensive histopathological evaluation and a systematic diagnostic approach are essential for determining the origin of the disease.

Keywords: Ovarian mucinous cystadenoma; Pseudomyxoma peritonei.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Tác giả liên hệ: ThS.BSNT. Lê Thị Yến

Email: yenlt1@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 29/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/7/2026

Ngày duyệt bài: 5/8/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U giả nhầy phúc mạc (Pseudomyxoma peritonei – PMP) không phải là một chẩn đoán mô học mà là một thuật ngữ lâm sàng mô tả tình trạng lắng đọng nhầy lan tỏa trong ổ bụng. Bệnh thường tiến triển chậm nhưng có xu hướng tái phát nhiều lần. Nguồn gốc phổ biến nhất là từ u nhầy ruột thừa, đặc biệt là u nhầy độ thấp. Tồn thương buồng trứng trong PMP thường là thứ phát; trường hợp nguyên phát từ buồng trứng hiếm gặp và còn nhiều tranh luận.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp u tuyến nang nhầy buồng trứng trái kèm PMP ở bệnh nhân trẻ tuổi. Vấn đề trở nên phức tạp khi bệnh nhân có một u nhầy buồng trứng với hình thái hoàn toàn lành tính. Liệu một u tuyến nang nhầy buồng trứng không có loạn sản hay xâm nhập có thể là nguồn phát sinh PMP, hay tồn thương ổ bụng thực chất là thứ phát từ một ổ nguyên phát nhỏ, tiềm ẩn tại ruột thừa hoặc cơ quan khác. Đây là thách thức thực hành trong giải phẫu bệnh.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh cảnh lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 32 tuổi, PARA 0000, không có triệu chứng cơ năng, phát hiện khối u buồng trứng trái khi khám tiền sản.

Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm cho thấy khối buồng trứng trái dạng nang đa thùy kích thước lớn, kèm nhiều dịch tự do ổ bụng (ORADS 5). MRI vùng chậu ghi nhận khối dạng nang đa thùy có phần đặc ngấm thuốc, đường cong ngấm thuốc type II (ORADS 4), kèm tràn dịch ổ bụng. Xét nghiệm máu HE4: 65,61 pmol/L (giá trị bình thường < 60,5 pmol/L).

Chẩn đoán lâm sàng: U buồng trứng trái.

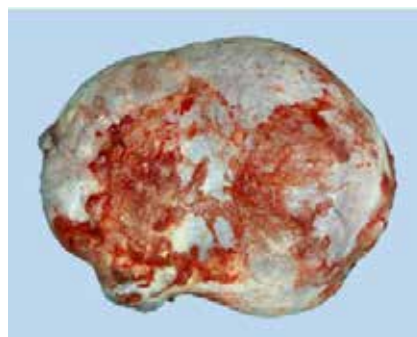
Bệnh nhân được phẫu thuật cắt buồng trứng trái và u, cắt một phần buồng trứng phải và cắt ruột thừa, đồng thời lấy nhiều mẫu nhân phúc mạc và mạc nối làm xét nghiệm sinh thiết tức thì trong khi phẫu thuật.

Giải phẫu bệnh

Đại thể

Khối u dạng nang, kích thước 21 x 16,5 x 9 cm, bề mặt nhẵn, có vùng dính chất nhầy. Cắt qua mặt trong nang nhẵn, lòng nang chứa đầy chất nhầy trong, thành nang có vùng mỏng, có vùng đặc, kích thước 11 x 7 x 3 cm, trắng hồng, dai.

Các mẫu nhân phúc mạc, mạc nối, nhân ruột non và một phần buồng trứng phải có lẫn chất nhầy. Ruột thừa kích thước 4,5 x 1 cm, thanh mạc dính chất nhầy, không thấy u trong lòng.



Hình 1. Khối u buồng trứng dạng nang, kích thước 21 x 16,5 x 9 cm, bề mặt dính chất nhầy

Vi thể

Buồng trứng trái có nhiều nang kích thước to nhỏ không đều, lòng nang được lợp bởi một hàng tế bào biểu mô trụ chế nhầy với nhân tròn, nhỏ, chất nhiễm sắc mịn, không thấy hạt nhân. Mô đệm xen giữa các nang là mô liên kết xơ nghèo tế bào, rải rác có một vài mạch máu nhỏ. Không thấy tế bào không điển hình.

Không thấy nhân chia hoặc hoại tử.

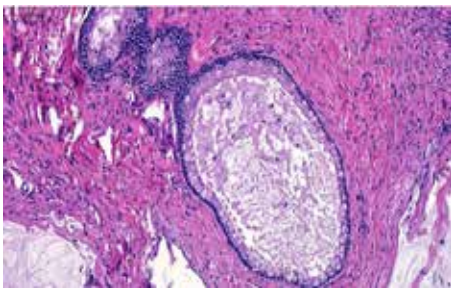
Các mẫu nhân phúc mạc, mạc nối, nhân ruột non, thanh mạc ruột thừa có nhiều đám chất nhầy ngoại bào, mật độ tế bào thấp, các tế bào có nhân tròn, nhỏ, không thấy nhân chia hoặc nhân quái.

Mô buồng trứng phải sung huyết, phía ngoại vi có vùng bám các đám chất nhầy. Diện cắt buồng trứng phải không thấy tổn thương u.

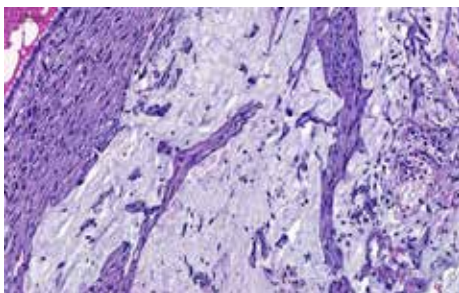
Ruột thừa không ghi nhận u nhầy hay loạn sản biểu mô.

Hóa mô miễn dịch

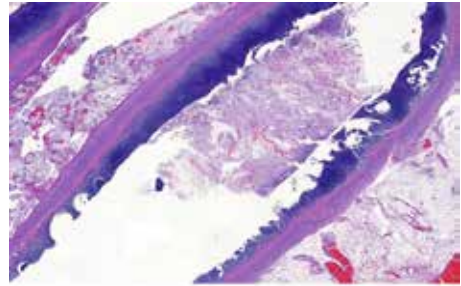
Các tế bào lẫn trong chất nhầy ngoại bào ở các mẫu nhân phúc mạc, mạc nối, nhân ruột non, thanh mạc ruột thừa dương tính với CK.



Hình 2. Khối u buồng trứng trái dạng nang, lòng nang được lợp bởi một hàng biểu mô trụ chế nhầy hình thái lành tính (HEx200)



Hình 3. Nhân phúc mạc: Các đám chất nhầy có mật độ tế bào thấp, đứng rời rạc (HEx200)



Hình 4. Ruột thừa: Niêm mạc ruột thừa có hình thái lành tính, không thấy u nhầy hay loạn sản biểu mô (HEx200)



Hình 5. Các tế bào lẫn trong chất nhầy dương tính với CK (CKx100)

Chẩn đoán xác định

U tuyến nang nhầy buồng trứng trái (ICD-O: 8470/0) kèm u giả nhầy phúc mạc độ thấp (ICD-O: 8480/6).

III. BÀN LUẬN

PMP là một hội chứng hiếm gặp, đặc trưng bởi sự tích tụ chất nhầy trong ổ bụng kèm theo sự hiện diện của các tế bào biểu mô chế nhầy trên bề mặt phúc mạc.¹ Thuật ngữ này mô tả một biểu hiện lâm sàng - mô bệnh học hơn là một thực thể khối u riêng biệt. PMP thường tiến triển chậm nhưng có xu hướng tái phát nhiều lần và có thể gây biến chứng nghiêm trọng do sự tích tụ ngày càng tăng của chất nhầy trong khoang phúc mạc. Về mặt bệnh sinh, PMP được xem là hậu quả của sự gieo

rắc trong ổ bụng từ các tân sinh nhầy có khả năng sản xuất chất nhầy. Vì vậy, việc xác định nguồn gốc của biểu mô chế nhầy đóng vai trò then chốt trong phân loại bệnh, định hướng điều trị và đánh giá tiên lượng.

PMP có thể xuất phát từ nhiều cơ quan khác nhau, bao gồm ruột thừa, đại tràng, dạ dày, tụy, phổi, tuyến vú, túi mật, vòi trứng hoặc buồng trứng.² Trong các báo cáo trước đây, sự hiện diện đồng thời của PMP và khối u nhầy buồng trứng thường khiến buồng trứng được xem là nguồn gốc của bệnh. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã làm thay đổi đáng kể quan điểm này. Phần lớn các trường hợp PMP hiện nay được chứng minh có nguồn gốc từ tân sinh nhầy ruột thừa, đặc biệt là các u nhầy ruột thừa độ thấp. Các u nhầy ruột thừa khi vỡ có thể giải phóng biểu mô chế nhầy vào khoang phúc mạc. Những tế bào này sau đó bám dính lên bề mặt phúc mạc và tiếp tục tiết chất nhầy, dẫn đến sự tích tụ chất nhầy trong ổ bụng. Nhiều nghiên cứu sử dụng phân tích sinh học phân tử cho thấy tổn thương phúc mạc và u nhầy ruột thừa thường chia sẻ cùng kiểu đột biến gen, phổ biến nhất là các đột biến ở *KRAS* và *GNAS*.³ Sự tương đồng về đặc điểm phân tử giữa các tổn thương này củng cố giả thuyết rằng PMP chủ yếu là hậu quả của sự lan tràn từ ruột thừa.

Việc phân loại PMP chủ yếu dựa trên đặc điểm mô bệnh học của tổn thương phúc mạc. Theo phân loại của Hiệp hội Ung thư bề mặt phúc mạc quốc tế (Peritoneal Surface Oncology Group International - PSOGI), hiện được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) chấp nhận, tổn thương phúc mạc được chia thành bốn nhóm gồm: chất nhầy không có tế bào, u nhầy phúc mạc độ thấp, u nhầy phúc mạc độ cao

và u nhầy phúc mạc độ cao có tế bào nhẵn.^{4,5} Việc phân loại dựa trên mật độ tế bào và mức độ không điển hình của biểu mô có giá trị tiên lượng quan trọng và là cơ sở để lựa chọn chiến lược điều trị. Trong thể PMP độ thấp, chất nhầy chiếm ưu thế với số lượng tế bào biểu mô ít. Các tế bào này thường có hình thái tương đối lành tính, nhân nhỏ, ít dị dạng và sắp xếp thành các dải hoặc cụm nhỏ trong chất nhầy. Ngược lại, PMP độ cao được đặc trưng bởi mật độ tế bào cao hơn, cấu trúc tuyến phức tạp và mức độ không điển hình rõ rệt. Sự phân loại này có ý nghĩa tiên lượng quan trọng. Nhiều nghiên cứu cho thấy tiên lượng của bệnh nhân PMP phụ thuộc nhiều vào đặc điểm mô học của tổn thương phúc mạc hơn là đặc điểm của khối u nguyên phát. Các trường hợp PMP độ thấp thường có diễn tiến chậm và tiên lượng tốt hơn so với các trường hợp có thành phần ác tính cao. Trường hợp của chúng tôi được xếp vào nhóm PMP độ thấp do mật độ tế bào thấp và không thấy tế bào không điển hình.

Một trong những vấn đề gây tranh luận lâu dài trong y văn là vai trò của buồng trứng trong sinh bệnh học của PMP. Trong nhiều trường hợp, PMP được phát hiện đồng thời với khối u nhầy buồng trứng kích thước lớn, khiến buồng trứng từng được xem là nguồn gốc chính của bệnh. Tuy nhiên, các nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử sau này cho thấy phần lớn các khối u nhầy buồng trứng trong bối cảnh PMP thực chất là tổn thương thứ phát.⁴

Việc xác định cơ quan nguyên phát của PMP trở nên đặc biệt khó khăn khi bệnh nhân đồng thời có khối u nhầy buồng trứng với hình thái lành tính, trong khi ruột thừa không ghi

nhận tổn thương rõ ràng. Trong những trường hợp như vậy, cần cân nhắc một số khả năng bệnh sinh khác nhau. Thứ nhất, khối u buồng trứng có thể là u nguyên phát và việc vỡ nang dẫn đến tràn nhầy trong ổ bụng. Tuy nhiên, u tuyến nang nhầy buồng trứng lành tính thường không có khả năng xâm nhập hoặc gieo rắc biểu mô vào khoang phúc mạc. Do đó, khó có thể giải thích sự tồn tại kéo dài của biểu mô chế nhầy trong PMP nếu chỉ dựa trên hiện tượng vỡ nang đơn thuần. Thứ hai, tổn thương nguyên phát có thể xuất phát từ ruột thừa nhưng đã bị bỏ sót hoặc không còn tồn tại rõ ràng tại thời điểm phẫu thuật. Trong thực hành giải phẫu bệnh, các u nhầy ruột thừa đôi khi chỉ biểu hiện bằng biến đổi tối thiểu của niêm mạc hoặc thậm chí chỉ còn lại sẹo xơ sau khi khối u đã vỡ trước đó. Nếu việc lấy mẫu mô học không đủ rộng, tổn thương nguyên phát có thể không được phát hiện. Thứ ba, trong một số trường hợp hiếm gặp, PMP có thể liên quan đến các tân sinh nhầy của những cơ quan khác trong đường tiêu hóa. Chính vì vậy, việc quy kết nguồn gốc nguyên phát cho bất kỳ cơ quan nào trong trường hợp này đều chưa có đủ cơ sở khoa học.

Theo quan điểm của chúng tôi, cách diễn giải phù hợp nhất là u giả nhầy phúc mạc đồng thời với u tuyến nang nhầy buồng trứng lành tính, trong đó chưa xác định được chắc chắn nguồn gốc nguyên phát của tổn thương. Cách tiếp cận này phản ánh đúng giới hạn của các bằng chứng hiện có, đồng thời phù hợp với xu hướng hiện nay trong giải phẫu bệnh là chỉ đưa ra kết luận ở mức độ chắc chắn tương ứng với dữ liệu thu được, thay vì suy luận vượt quá bằng chứng mô bệnh học.

Trong bối cảnh các khả năng bệnh sinh

khác nhau, đánh giá mô bệnh học đóng vai trò then chốt trong việc định hướng chẩn đoán. Các yếu tố cần được xem xét bao gồm đặc điểm hình thái của biểu mô trong tổn thương phúc mạc, cấu trúc mô học của khối u buồng trứng và kết quả khảo sát ruột thừa. Ngoài ra, các kỹ thuật hỗ trợ như hóa mô miễn dịch và phân tích phân tử có thể cung cấp thêm bằng chứng giúp xác định mối liên hệ giữa các tổn thương. Một số dấu ấn thường được sử dụng để phân biệt nguồn gốc tiêu hóa và buồng trứng của các tân sinh nhầy. Tuy nhiên, kết quả của các dấu ấn này cần được diễn giải trong bối cảnh hình thái học tổng thể.

Báo cáo này cũng có một số hạn chế. Chúng tôi chưa thực hiện bộ dấu ấn hóa mô miễn dịch mở rộng như CK7, CK20, CDX2, SATB2 hoặc PAX8 để hỗ trợ định hướng nguồn gốc tổn thương; đồng thời chưa khảo sát các đột biến phân tử như KRAS hoặc GNAS, vốn được xem là những công cụ có giá trị trong những trường hợp khó xác định cơ quan nguyên phát. Ngoài ra, chưa có dữ liệu theo dõi lâu dài sau điều trị để đánh giá nguy cơ tái phát. Tuy nhiên, việc khảo sát mô bệnh học đầy đủ toàn bộ khối u buồng trứng, các tổn thương phúc mạc và toàn bộ ruột thừa đã cung cấp những dữ liệu đáng tin cậy, góp phần làm rõ những khó khăn trong chẩn đoán nguồn gốc của u giả nhầy phúc mạc.

Theo các khuyến cáo hiện nay của PSOGI và các hướng dẫn quốc tế, đối với những trường hợp u giả nhầy phúc mạc có khả năng cắt bỏ hoàn toàn, phẫu thuật giảm tối đa khối u kết hợp hóa chất tăng nhiệt trong phúc mạc được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, giúp cải thiện rõ rệt thời gian sống thêm và giảm nguy cơ tái phát.⁶ Quyết định điều trị

cần dựa trên đánh giá đa chuyên khoa, kết hợp với mức độ lan tràn của bệnh trong ổ bụng, khả năng phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tổn thương và phân loại mô bệnh học của tổn thương phúc mạc.

IV. KẾT LUẬN

Trường hợp này nhấn mạnh rằng sự hiện diện đồng thời của u tuyến nang nhầy buồng trứng và u giả nhầy phúc mạc không đồng nghĩa với mối quan hệ nhân quả giữa hai tổn thương. Trong thực hành giải phẫu bệnh, việc mặc nhiên quy kết khối u buồng trứng là nguồn gốc của u giả nhầy phúc mạc có thể dẫn đến sai lệch trong chẩn đoán và ảnh hưởng đến chiến lược điều trị. Vì vậy, cần đánh giá hệ thống toàn bộ ổ bụng, lấy mẫu đầy đủ ruột thừa, đối chiếu chặt chẽ với dữ liệu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, đồng thời cân nhắc sử dụng hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử khi cần thiết. Trong những trường hợp chưa có đủ bằng chứng, việc kết luận chưa xác định được chắc chắn nguồn gốc nguyên phát sẽ phản ánh trung thực hơn bản chất của tổn thương và phù hợp với quan điểm hiện nay của giải phẫu bệnh hiện đại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moran BJ, Cecil TD.** The etiology, clinical presentation, and management of pseudomyxoma peritonei. *Surg Oncol Clin N Am.* 2003 Jul;12(3):585-603.
2. **Mittal R, Chandramohan A, Moran B.** Pseudomyxoma peritonei: natural history and treatment. *Int J Hyperthermia.* 2017 Aug;33(5):511-519.
3. **Murage NW, Ahmed NM, Underwood TJ, et al.** The genetic profile and molecular subtypes of human pseudomyxoma peritonei and appendiceal mucinous neoplasms: a systematic review. *Cancer Cell International.* 2023;42:335–359.
4. **Norman J. Carr, Cecil TD, Mohamed F, et al.** A consensus for classification and aetiological reporting of pseudomyxoma peritonei and associated appendiceal neoplasia: The results of the Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) modified Delphi process. *American Journal of Surgical Pathology.* 2016;40(1):14–26.
5. **WHO Classification of Tumours Editorial Board.** Digestive System Tumours. 5th ed. Lyon (France): *International Agency for Research on Cancer*; 2019.
6. **Govaerts K, Chandrakumaran K, Carr NJ, et al.** Appendiceal tumours and pseudomyxoma peritonei: literature review with PSOGI/EURACAN clinical practice guidelines for diagnosis and treatment. *European Journal of Surgical Oncology.* 2021;47(1):11-35. doi:10.1016/j.ejso.2020.02.012.