BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP: TĂNG PHẢN ỨNG HOÀNG THỂ TRONG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Bá Mỹ Nhi[1], Lâm Hoàng Duy[1], Đỗ Đình Đạt[1], Ừng Quốc Thường[1], Nguyễn Quang Nhật[1], Lê Đức Hùng[1], Trần Lâm Khoa[1], Hà Huỳnh Kim Yến[1], Dương Kim Oanh[1], Nguyễn Ngọc Thoại[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng phản ứng hoàng thể là tình trạng hiếm gặp trong thai kỳ, đặc trưng bởi buồng trứng hai bên to với nhiều nang do đáp ứng quá mức với hCG; bệnh thường lành tính nhưng có thể gây đau bụng cấp và dễ nhầm với xoắn phần phụ hoặc u buồng trứng.

Phương pháp: Báo cáo trường hợp hồi cứu dựa trên dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh học của một sản phụ được chẩn đoán tăng phản ứng hoàng thể trong thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

Kết quả: Thai phụ 32 tuổi, con so, mang thai tự nhiên, nhập viện ở tuổi thai 29 tuần 1 ngày vì đau bụng cấp vùng hạ vị trái. Hình ảnh MRI và siêu âm ghi nhận buồng trứng hai bên to (khoảng 6–7 cm) với nhiều nang nhỏ, còn tưới máu, không thấy dấu xoắn phần phụ. Bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi bán xoắn vòi trứng trái trên nền thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm. Sau hội chẩn đa chuyên khoa, chiến lược điều trị bảo tồn được lựa chọn. Triệu chứng đau bụng giảm dần và hết sau 4 ngày theo dõi, không cần can thiệp ngoại khoa.

Kết luận: Tăng phản ứng hoàng thể là bệnh lý hiếm gặp nhưng cần được nhận biết trong thực hành lâm sàng do có thể biểu hiện bằng đau bụng cấp và dễ nhầm lẫn với xoắn phần phụ hoặc u buồng trứng. Siêu âm và MRI đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và định hướng xử trí. Trong đa số trường hợp, theo dõi bảo tồn là phương pháp điều trị phù hợp khi tình trạng lâm sàng ổn định.

Từ khóa: Tăng phản ứng hoàng thể, hormone hCG, thai kỳ

SUMMARY

A RARE CASE REPORT: HYPERREACTIO LUTEINALIS IN PREGNANCY AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Background: Hyperreactio luteinalis is a rare condition in pregnancy characterized by bilateral ovarian enlargement with multiple cysts due to an exaggerated response to hCG; although usually benign, it may present with acute abdominal pain and can be mistaken for adnexal torsion or ovarian tumors.

Methods: We report a retrospective case based on clinical data, laboratory findings, and imaging results of a pregnant woman diagnosed with hyperreactio luteinalis during pregnancy at Tam Anh General Hospital.

Results: A 32-year-old primigravida with a spontaneous pregnancy was admitted at 29 weeks and 1 day of gestation due to acute left lower abdominal pain. MRI and ultrasound revealed bilateral ovarian enlargement (approximately 6–7 cm) with multiple small cysts and preserved blood flow, without evidence of adnexal torsion. The patient was initially diagnosed with suspected partial torsion of the left fallopian tube in the setting of early-onset fetal growth restriction. After multidisciplinary consultation, conservative management was chosen. The abdominal pain gradually resolved and disappeared after four days of monitoring without the need for surgical intervention.

Conclusion: Hyperreactio luteinalis is a rare but important condition to recognize in clinical practice, as it may present with acute abdominal pain and mimic adnexal torsion or ovarian tumors. Ultrasound and MRI play a crucial role in diagnosis and management planning. In most cases, conservative management with close monitoring is appropriate when the patient remains clinically stable.

Keywords: Hyperreactio luteinalis, human chorionic gonadotropin (hCG), pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng phản ứng hoàng thể (Hyperreactio luteinalis – HL) là một tình trạng lành tính hiếm gặp trong thai kỳ, đặc trưng bởi sự phì đại buồng trứng hai bên với nhiều nang hoàng thể do đáp ứng quá mức của buồng trứng với hormone gonadotropin màng đệm người (hCG) [1]. Tình trạng này được mô tả bởi sự xuất hiện của các nang theca-lutein đa ổ làm buồng trứng to đáng kể, thường được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc trong quá trình phẫu thuật sản khoa. Mặc dù cơ chế bệnh

[1]*Bệnh viện đa khoa Tâm Anh*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Mỹ Nhi
Email: dr.mynhi@yahoo.com.vn
Mã bài: N940
Ngày nhận bài: 7/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 1/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

sinh chưa hoàn toàn rõ ràng, HL được cho là liên quan đến nồng độ hCG tăng cao hoặc tăng nhạy cảm của thụ thể LH/hCG tại buồng trứng [2].

Tăng phản ứng hoàng thể thường gặp trong các tình trạng có nồng độ hCG cao như bệnh lý nguyên bào nuôi, đa thai, thai phù, hội chứng quá kích buồng trứng hoặc bất đồng nhóm máu Rh. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây ghi nhận bệnh cũng có thể xuất hiện trong thai kỳ đơn bình thường với nồng độ hCG không tăng đáng kể, gợi ý vai trò của sự tăng nhạy cảm của buồng trứng đối với hCG. Một báo cáo ca bệnh năm 2021 đã mô tả trường hợp HL phát hiện ở tam cá nguyệt thứ hai với nồng độ hCG bình thường, củng cố giả thuyết rằng sự nhạy cảm bất thường của thụ thể LH/hCG có thể đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh [3, 4].

Về lâm sàng, phần lớn trường hợp tăng phản ứng hoàng thể không có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ qua siêu âm. Khi buồng trứng to nhanh, bệnh nhân có thể xuất hiện đau bụng, buồn nôn, nôn hoặc tràn dịch đa màng. Do tăng tiết androgen từ tế bào hoàng thể, một số trường hợp có biểu hiện cường androgen như rậm lông, mụn trứng cá hoặc nam hóa; trong đó nam hóa ở mẹ gặp khoảng một phần ba trường hợp, còn nam hóa thai nhi hiếm gặp [5]. HL cũng được ghi nhận liên quan đến một số biến chứng thai kỳ như tiền sản giật, hội chứng HELLP và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung [6]. Một tổng hợp y văn gần đây ghi nhận hơn 130 trường hợp HL trên thế giới, đa số được chẩn đoán ở tam cá nguyệt thứ ba hoặc tình cờ phát hiện trong mổ lấy thai [7]. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm với hình ảnh buồng trứng hai bên to, nhiều nang dạng bó nho, tuy nhiên cần phân biệt với u buồng trứng ác tính hoặc hội chứng quá kích buồng trứng [8]. Đa số trường hợp diễn tiến lành tính và tự thoái triển sau sinh nên điều trị chủ yếu là theo dõi bảo tồn [2].

Mặc dù tăng phản ứng hoàng thể là một bệnh lý hiếm gặp, việc nhận biết đúng tình trạng này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng nhằm tránh chẩn đoán nhầm với khối u buồng trứng và hạn chế các can thiệp phẫu thuật không cần thiết trong thai kỳ. Chúng tôi báo cáo một trường hợp tăng phản ứng hoàng thể được chẩn đoán trong thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh nhằm góp phần bổ sung thêm dữ liệu lâm sàng và kinh nghiệm quản lý đối với bệnh lý hiếm gặp này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả hồi cứu dạng báo cáo trường hợp. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, hình ảnh siêu âm và quá trình theo dõi điều trị của sản phụ được chẩn đoán tăng phản ứng hoàng thể trong thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh. Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp xử trí và kết cục thai kỳ được tổng hợp và phân tích nhằm mô tả đặc điểm bệnh và rút ra bài học kinh nghiệm trong chẩn đoán và quản lý.

III. BÁO CÁO CA BỆNH

3.1. Đặc điểm tiền sử

Thai phụ 32 tuổi, PARA 0000, mang thai tự nhiên. Tuổi thai xác định theo siêu âm 8 tuần (08/07/2025), dự sinh 17/02/2026. Tiền sử bản thân và gia đình chưa ghi nhận bệnh lý nội ngoại khoa hoặc di truyền.

Ba tháng đầu: NIPT nguy cơ thấp, chức năng tuyến giáp bình thường, sàng lọc tiền sản giật nguy cơ cao → dự phòng Aspirin 81 mg x 2 viên/ngày. Thai 25 tuần 1 ngày ghi nhận **thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm (EFW < bách phân vị 3)**, giảm CPR, tăng PI động mạch tử cung. Chọc ối: TORCH âm tính; WES phát hiện biến thể gen FLNB chưa rõ ý nghĩa lâm sàng.

3.2. Quá trình bệnh lý:

3.2.1. Lý do nhập viện: Ngày 03/12/2025 (thai 29 tuần 1 ngày), thai phụ đau bụng đột ngột vùng hạ vị, sau đó khu trú nửa bụng trái, không sốt, không ra huyết âm đạo, không gò tử cung. Nhập viện theo dõi đau bụng cấp, nghĩ đến bán xoắn phần phụ trái.

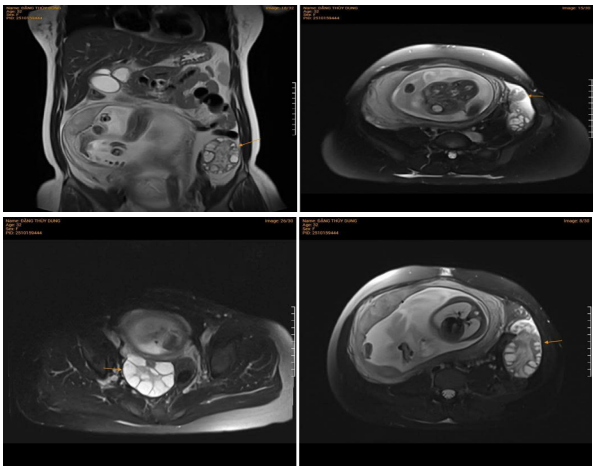
Khám lâm sàng: Sinh hiệu ổn định. Đau bụng nửa trái, không phản ứng thành bụng. Tim thai trong giới hạn bình thường. Cổ tử cung đóng, ối còn.

3.2.2. Cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng nhẹ thoáng qua, CRP tăng nhẹ, procalcitonin âm tính. Chức năng gan, thận và tuyến giáp trong giới hạn bình thường.

3.2.3. Hình ảnh học

MRI vùng chậu (03/12/2025): Buồng trứng hai bên to: Phải: 67 × 55 mm, trái: 75 × 46 mm, ít dịch tự do ổ bụng. Vòi trứng trái phù nề nhẹ, chưa thấy dấu xoắn rõ.



Hình 1: MRI vùng chậu

Siêu âm bụng tổng quát (04/12/2025): Ghi nhận ít dịch dưới gan # 9 mm, ít dịch cạnh buồng trứng; buồng trứng phải # 76x59 mm, có vài nang nhỏ, còn hình ảnh tưới máu; buồng trứng trái # 75x46 mm, có vài nang nhỏ, còn hình ảnh tưới máu; ghi nhận vòi trứng trái cạnh buồng trứng phù nề nhẹ, không thấy dấu xoáy nước.



Hình 2: Siêu âm bụng tổng quát

3.3. Theo dõi điều trị

Bệnh nhân được chuyển khoa Nội trú Sản phụ khoa với chẩn đoán: Đau bụng cấp theo dõi bán xoắn vòi trứng trái / Con so, thai 29 tuần 1 ngày / Thai giới hạn tăng trưởng khởi phát sớm độ I / Nguy cơ tiền sản giật cao đang dự phòng Aspirin. Chiến lược xử trí được cân nhắc giữa nguy cơ phẫu thuật trong thai kỳ và khả năng tiến triển xoắn phần phụ. Aspirin được tạm ngưng do khả năng cần can thiệp ngoại khoa. Bệnh nhân được theo dõi sát sinh hiệu, diễn tiến đau bụng và chuẩn bị sẵn phương án phẫu thuật nội soi nếu tình trạng xấu đi. Thai nhi được theo dõi định kỳ bằng siêu âm Doppler.

Sau hội chẩn đa chuyên khoa, điều trị bảo tồn được lựa chọn do bệnh nhân huyết động ổn định, không có dấu hiệu bụng cấp tiến triển và triệu chứng cải thiện dần. Trong thời gian nằm viện, bệnh nhân được điều trị nâng đỡ, bổ sung progesterone dự phòng sinh non. Đau bụng giảm dần và hết sau 4 ngày, không xuất hiện chỉ định can thiệp ngoại khoa. Bệnh nhân được xuất viện khi tình trạng mẹ và thai ổn định, tiếp tục theo dõi thai kỳ nguy cơ cao và được hướng dẫn nhập viện ngay khi có dấu hiệu cảnh báo như đau bụng tăng, ra huyết âm đạo, rỉ ối, sốt hoặc giảm thai máy.

IV. BÀN LUẬN

Tăng phản ứng hoàng thể là một tình trạng hiếm gặp trong thai kỳ, đặc trưng bởi sự phì đại buồng trứng hai bên với nhiều nang hoàng thể do đáp ứng quá mức của buồng trứng với hormone hCG. Bệnh thường được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc trong lúc phẫu thuật sản khoa, do phần lớn trường hợp không có triệu chứng rõ ràng [1, 3]. Trong ca bệnh của chúng tôi, thai phụ 32 tuổi mang thai tự nhiên, được phát hiện buồng trứng hai bên to với nhiều nang trên MRI và siêu âm, kích thước khoảng 6–7 cm. Hình ảnh học cho thấy buồng trứng có nhiều nang nhỏ dạng cụm, còn tưới máu, không ghi nhận dấu xoắn rõ. Đây là đặc điểm hình ảnh điển hình của HL được mô tả trong y văn, giúp phân biệt với u buồng trứng ác tính hoặc hội chứng quá kích buồng trứng. MRI đặc biệt hữu ích trong thai kỳ khi cần đánh giá thêm cấu trúc phần phụ mà vẫn đảm bảo an toàn cho thai nhi.

Biểu hiện lâm sàng của HL rất đa dạng. Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng; tuy nhiên buồng trứng to nhanh có thể gây đau bụng cấp, dễ nhầm lẫn với xoắn phần phụ. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân nhập viện vì đau bụng cấp vùng hạ vị trái và được chẩn đoán ban đầu theo dõi bán xoắn phần phụ. Tuy nhiên, các dấu hiệu hình ảnh như còn tưới máu buồng trứng, không có dấu xoáy nước và tình trạng lâm sàng ổn định đã giúp loại trừ xoắn phần phụ và định hướng chẩn đoán HL. Các báo cáo trước đây cũng ghi nhận rằng đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất khi HL có biểu hiện lâm sàng, thường liên quan đến sự căng giãn nhanh của bao buồng trứng hoặc xuất huyết trong nang. Một điểm đáng chú ý trong trường hợp của chúng tôi là thai phụ có thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung khởi phát sớm. Một số nghiên cứu cho thấy HL có thể liên quan đến rối loạn chức năng bánh nhau, từ đó làm tăng nguy cơ tiền sản giật hoặc thai giới hạn

tăng trưởng [5]. Cơ chế được giả định liên quan đến nồng độ hCG tăng cao hoặc rối loạn nội tiết thai kỳ ảnh hưởng đến sự phát triển của bánh nhau. Tuy nhiên, mối liên quan nhân quả giữa HL và các biến chứng bánh nhau vẫn chưa được xác định rõ ràng.

Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất của HL bao gồm hội chứng quá kích buồng trứng (OHSS), u buồng trứng lành hoặc ác tính và xoắn phần phụ. OHSS thường xảy ra trong tam cá nguyệt thứ nhất và liên quan đến điều trị hỗ trợ sinh sản, trong khi HL có thể xảy ra muộn hơn trong thai kỳ và thường ở thai kỳ tự nhiên [2]. Ngoài ra, HL thường biểu hiện buồng trứng hai bên to với nhiều nang đồng dạng, trong khi u buồng trứng ác tính thường có cấu trúc đặc hoặc hỗn hợp và tăng sinh mạch bất thường. Về xử trí, phần lớn trường hợp HL có diễn tiến lành tính và tự thoái triển sau sinh khi nồng độ hCG giảm. Do đó, điều trị chủ yếu là theo dõi bảo tồn và chỉ can thiệp phẫu thuật khi có biến chứng như xoắn buồng trứng, vỡ nang hoặc nghi ngờ ác tính [1]. Trong trường hợp của chúng tôi, mặc dù ban đầu nghi ngờ bán xoắn phần phụ, nhưng do bệnh nhân ổn định huyết động và hình ảnh học không gợi ý xoắn hoàn toàn, chiến lược điều trị bảo tồn đã được lựa chọn sau hội chẩn đa chuyên khoa. Diễn tiến lâm sàng thuận lợi với giảm đau sau vài ngày theo dõi đã củng cố quyết định này.

Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết HL trong thực hành lâm sàng. Việc chẩn đoán đúng bệnh lý này giúp tránh các can thiệp phẫu thuật không cần thiết trong thai kỳ, đặc biệt trong bối cảnh buồng trứng to hai bên có thể dễ bị nhầm lẫn với khối u buồng trứng. Đồng thời, các trường hợp HL cần được theo dõi chặt chẽ do có thể liên quan đến một số biến chứng thai kỳ như rối loạn chức năng bánh nhau.

V. KẾT LUẬN

Tăng phản ứng hoàng thể (Hyperreactio luteinalis) là một tình trạng hiếm gặp trong thai kỳ, đặc trưng bởi buồng trứng hai bên to với nhiều nang hoàng thể, có thể biểu hiện bằng đau bụng cấp và dễ nhầm lẫn với xoắn phần phụ hoặc u buồng trứng. Trường hợp của chúng tôi cho thấy vai trò quan trọng của siêu âm và MRI trong chẩn đoán và định hướng xử trí, giúp tránh các can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Khi tình trạng huyết động ổn định và chưa có dấu hiệu biến chứng, điều trị bảo tồn và theo dõi sát có thể là lựa chọn phù hợp. Việc nhận biết đúng bệnh lý này giúp tối ưu hóa chiến lược quản lý thai kỳ và hạn chế các can thiệp không cần thiết cho mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cavoretto, P., et al.,** Hyperreactio luteinalis: timely diagnosis minimizes the risk of oophorectomy and alerts clinicians to the associated risk of placental insufficiency. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2014. 176: p. 10-6.
2. **Natasha Mehandru, et al.,** Hyperreactio Luteinalis in the Third Trimester Complicating Fetal Hydrops and Mirror Syndrome. J Clin Gynecol Obstet, 2017. 6(2): p. 41-44.
3. **Halima, S.B., et al.,** Hyperreactio luteinalis incidentally found in the second trimester of pregnancy with normal hCG levels: a case report. Pan Afr Med J, 2021. 39: p. 75.
4. **Watkins, J.C., P. Lebok, and R.H. Young,** Hyperreactio Luteinalis (Multiple Luteinized Follicle Cysts): A Report of 10 Cases. Int J Gynecol Pathol, 2021. 40(5): p. 427-434.
5. **Malinowski, A.K., J. Sen, and M. Sermer,** Hyperreactio Luteinalis: Maternal and Fetal Effects. J Obstet Gynaecol Can, 2015. 37(8): p. 715-723.
6. **Wong, K.Y., et al.,** A Case of Hyperreactio Luteinalis Complicated With Biochemical Hyperandrogenism, Symptomatic Hyperthyroidism and Preeclampsia. Journal of the Endocrine Society, 2021. 5(Supplement_1): p. A776-A777.
7. **McGough, C. and L. Berry,** Hyperreactio luteinalis with enlargement in the postpartum period: Case report and review of the literature. Journal of Case Reports and Images in Obstetrics and Gynecology, 2025.
8. **Chen, S. and H. Yu,** Unilateral hyperreactio luteinalis of the ovary during pregnancy mimics ovarian malignancy: A case report. Medicine, 2025. 104(30): p. e43590.