HỘI CHỨNG MEIG: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Lê Thanh Đức[1], Nguyễn Thị Lý Linh[2]

TÓM TẮT

Hội chứng Meigs là một bệnh hiếm gặp được đặc trưng bởi tam chứng bao gồm: khối u buồng trứng lành tính, cổ chướng, và tràn dịch màng phổi. Ở phụ nữ mãn kinh xuất hiện tràn dịch màng phổi, cổ chướng, CA125 tăng cao, và khối phần phụ có tỷ lệ cao là tổn thương ác tính. Mặc dù vậy, chẩn đoán cuối cùng dựa trên mô bệnh học sau mổ. Hội chứng Meigs cần được phân biệt trong những trường hợp này. Trong bài viết này, chúng tôi trình bày trường hợp bệnh nhân 56 tuổi, nhập viện với một khối vùng chậu, tràn dịch màng phổi, cổ chướng, và nồng độ CA125 tăng cao. Bệnh nhân sau đó được phẫu thuật cắt bỏ phần phụ bên tổn thương, kết quả giải phẫu bệnh là u xơ buồng trứng.

Từ khoá: Hội chứng Meig, u xơ buồng trứng, tràn dịch màng phổi, cổ chướng

SUMMARY

OVARIAN FIBROMA TUMORS: A CASE REPORT AND LITTERATURE REVIEW

Meigs syndrome is a rare neoplastic disease characterized by the triad of benign solid ovarian tumor, ascites, and pleural effusion. In postmenopausal women with pleural effusions, ascites, elevated CA-125 level, and pelvic masses, the probability of disseminated disease is high. Nevertheless, the final diagnosis is based on its histopathologic features following surgical removal of a mass lesion. Here we present a case of 56 years old patient who was admitted due to a pelvic mass, pleural effusion, ascites, and elevated serum CA125. Patient was performed unilateral salpingo-oophorectomy, and the postoperative pathology showed fibroma of the ovary.

Keywords: Meigs syndrome, ovarian fibroma, effusion pleural, ascites

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là bệnh phổ biến trong các ung thư phụ khoa với gần 314,000 phụ nữ được chẩn đoán mỗi năm trên toàn thế giới và hơn 207,000 trường hợp tử vong vì bệnh[6]. Bệnh thường gặp ở độ tuổi mãn kinh, trung bình là 60 tuổi[1]. Bệnh nhân mãn kinh xuất hiện khối đặc phần phụ và cổ chướng, tràn dịch màng phổi, tăng CA125 gợi ý nhiều một khối u ác tính buồng trứng. Tuy nhiên, phẫu thuật và giải phẫu bệnh sau mổ là quan trọng, bởi vì một tỷ lệ nhỏ các bệnh nhân là bệnh lành tính, thông thường được biết đến như hội chứng (HC) Meigs. Bệnh được điều trị khỏi sau khi cắt khối u tiểu khung. Sau đây chúng tôi sẽ trình bày một trường hợp hội chứng Meigs gây ra bởi khối u xơ buồng trứng.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 56 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, còn kinh nguyệt. Bệnh nhân vào viện với biểu hiện đau bụng. Cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy khối buồng trứng kích thước 19 x 11 cm, chứa dịch và tổ chức đặc, đè đẩy các tạng ra sau và sang hai bên, có dịch tự do ổ bụng. X-quang ngực thẳng có hình ảnh tràn dịch màng phổi hai bên. Xét nghiệm cho thấy CA125 huyết thanh tăng cao (474,6 U/mL), chức năng gan và chức năng thận trong giới hạn bình thường.

Hình 1. X-quang bệnh nhân cho thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi 2 bên

Hình 2. Cắt lớp vi tính ổ bụng lúc vào viện

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là khối buồng trứng nghi ngờ ung thư. Bệnh nhân sau đó được phẫu thuật cắt bỏ khối u, giải phẫu bệnh sinh thiết tức thì là u xơ buồng trứng, tiến hành cắt phần phụ bên tổn thương. Theo dõi bệnh nhân khám lại sau 3 tháng, không còn cổ chướng và tràn dịch màng phổi, nồng độ CA125 về mức bình thường. Theo dõi sau 6 năm, bệnh nhân chưa có dấu hiệu tái phát.

[1]Bệnh viện K
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức
Email: ducthanhle1972@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022
Ngày duyệt bài: 25.11.2022

III. BÀN LUẬN

Hội chứng Meigs được chẩn đoán dựa trên tam chứng bao gồm: khối u xơ buồng trứng, tràn dịch màng phổi và cổ chướng. Năm 1937, Joe Vincent Meigs (1892-1963), một giáo sư người Mỹ của trường Đại học Harvard đã mô tả 7 trường hợp lâm sàng để nhấn mạnh mối liên quan giữa u xơ buồng trứng với cổ chướng và tràn dịch màng phổi[3]. Hội chứng này sau đấy được đặt tên là hội chứng Meig vào năm 1973 bởi Rhodes và Terrell[4]. Hội chứng này đôi khi còn được gọi là hội chứng Demons-Meigs. Hội chứng Meigs được định nghĩa vào năm 1945 bởi 4 đặc trưng sau[2]:

- Khối u là u xơ lành tính hoặc u tương tự u xơ (fibromalike tumor) của buồng trứng (như u tế bào vỏ, u tế bào hạt)
- Cổ chướng
- Tràn dịch màng phổi
- Cắt bỏ khối u có thể điều trị triệt căn.

Những khối u lành tính khác của buồng trứng (như u mô đệm, u tuyến nang nhầy, u quái), u xơ tử cung, và u buồng trứng thú phát nếu có tràn dịch màng phổi thì được xem là hội chứng giả Meigs (Pseudo-Meigs)[2].

Hội chứng Meigs chiếm khoảng 1% khối u buồng trứng, 2-5% khối u sau phẫu thuật là u xơ. Khoảng 10-15% u xơ buồng trứng có cổ chướng, và 1% có tràn dịch màng phổi. Xấp xỉ 70% tràn dịch màng phổi phải, 15% bên trái, và 15% hai bên. Với điều trị thích hợp, sống thêm sau phẫu thuật cắt bỏ u là tương tự dân số chung[2].

Cơ chế bệnh sinh chính xác của tình trạng tràn dịch không được biết rõ. Giả thuyết cho rằng dịch được thấm từ buồng trứng vào ổ phúc mạc qua vỏ buồng trứng. Dịch này sau đó di chuyển từ khoang phúc mạc lên khoang màng phổi thông qua khiếm khuyết ở cơ hoành hoặc qua các kênh bạch huyết và cuối cùng gây ra tràn dịch màng phổi xuất tiết. Tuy nhiên một số nghiên cứu mới cho thấy sự tích tụ dịch có thể liên quan đến protein như yếu tố phát triển nội mô mạch máu (VEGF) làm tăng tính thấm mao mạch. Tràn dịch màng tim không nằm trong HC Meigs, tuy nhiên, một vài trường hợp bệnh nhân với tràn dịch màng tim dai dẳng không giải thích được đã hồi phục sau khi cắt bỏ khối u buồng trứng lành tính[5],[7].

CA125 là một kháng nguyên glycoprotein trọng lượng phân tử nặng và được nhận diện bởi kháng thể đơn dòng OC-125. Tăng CA125 thường gặp trong ung thư buồng trứng, tuy nhiên nó cũng có thể tăng trong một số trường hợp khác như lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung, viêm vùng chậu, nang lành buồng trứng, và các u ác tính khác. Một vài báo cáo đã ghi nhận về các trường hợp hội chứng Meigs với nồng độ CA125 tăng. Cơ chế chính xác không được biết rõ, tuy nhiên, nhuộm hóa mô miễn dịch CA125 gợi ý tăng CA125 là thứ phát do biểu hiện CA125 ở phúc mạc. Các yếu tố hóa sinh, sự kích thích cơ học từ khối u lớn, và gia tăng áp lực lên bề mặt phúc mạc góp phần gây nên tràn dịch [2],[7].

Khám lâm sàng và bước quan trọng đầu tiên trong chẩn đoán HC Meig. Bất kỳ bệnh nhân nữ nào với các triệu chứng của cổ chướng và tràn dịch màng phổi nên được khám khối tiểu khung. Các xét nghiệm được làm để loại trừ các chẩn đoán phân biệt quan trọng, đặc biệt là ung thư. Chẩn đoán xác định HC Meig chỉ khi cắt bỏ khối u, và tình trạng cổ chướng cũng như tràn dịch được giải quyết. Và quan trọng khác là chẩn đoán mô bệnh học khối phần phụ phải là u lành tính. X-quang ngực giúp ích cho chẩn đoán tràn dịch, và đánh giá di căn. Cắt lớp vi tính ổ bụng giúp đánh giá tổn thương ác tính, di căn, và xơ gan. Siêu âm vùng chậu là phương tiện quan trọng để đánh giá các cơ quan tiểu khung. Bệnh nhân nếu có các nguy cơ u ác tính đường tiêu hóa thì nên được nội soi dạ dày và đại tràng để loại trừ ung thư.Chọc tháo dịch ổ bụng và dịch màng phổi vừa là phương tiện chẩn đoán, vừa làm giảm triệu chứng bệnh tạm thời. Dịch được phân tích các chỉ số bao gồm protein, LDH, tế bào học, nhuộm vi sinh và nuôi cấy. Mặc dù phần lớn tràn dịch trong HC Meig là dịch tiết, cũng có các báo cáo về dịch thấm. Xét nghiệm lao có thể được cân nhắc nếu bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ mắc lao[2].

Phối hợp cổ chướng và tăng CA125 ở phụ nữ lớn tuổi làm tăng nghi ngờ chẩn đoán khối u ác tính buồng trứng. Tuy nhiên, HC Meig cần được loại trừ trong những trường hợp này. Bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán HC Meig, bao gồm: cổ chướng, tràn dịch màng phổi, giải phẫu bệnh sau mổ là khối u xơ buồng trứng, và phẫu thuật cắt u giải quyết được tình trạng bệnh.

Một khi đã loại trừ được tổn thương ác tính và các tổn thương khác, Điều trị HC Meig được chia thành hai nhóm:

- Điều trị triệu chứng: Bệnh nhân với tràn dịch màng phổi nhiều cần phải chọc dịch để xử lý khó thở. Tương tự vậy, chọc dịch ổ bụng giúp bệnh nhân thoải mái, và giải quyết các khó khăn khi hô hấp.
- Điều trị triệt căn: Phẫu thuật cắt bỏ khối u (nội soi hoặc mổ mở) kết hợp với sinh thiết tức

thì trong mổ là bước đánh giá ban đầu. Nếu khối u là lành tính, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ tuổi muốn bảo tồn sinh sản, cắt bỏ phần phụ một bên là điều trị thích hợp. Ở bệnh nhân mãn kinh, cần cắt tử cung toàn bộ và hai phần phụ.

Hội chứng Meigs không thể chẩn đoán cho đến khi bệnh phân được phẫu thuật. Vì vậy, chẩn đoán phần biệt đóng vai trò quan trọng, một số bệnh cần loại trừ bao gồm: Ung thư buồng trứng, u di căn tới buồng trứng, xơ gan, suy tim, hội chứng thận hư, lao, hội chứng giả Meig[2].

IV. KẾT LUẬN

Hội chứng Meigs là tình trạng hiếm, chẩn đoán chính xác và kịp thời giúp các nhà lâm sàng đưa ra quyết định điều trị hợp lý, giảm nhẹ triệu chứng và tối đa chất lượng sống cho bệnh nhân. Mặc dù khối buồng trứng với tràn dịch màng phổi, cổ chướng, và tăng CA125 thường được nghĩ đến là tổn thương ác tính, hội chứng Meigs nên được loại trừ. Trong trường hợp này, phẫu thuật là điều trị được ưu tiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi, Dennis S;Berchuck, Andrew; Dizon, Don S; Yashar, Catheryn M.** Principle and practice of gynecologic oncology. Seventh ed; Wolters Kluwer: 2017: 1438-1486.
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. **Meigh JV, Cass JW.** Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax: With a report of seven cases. Am J Obstet Gynecol 1937; 33: 249–67.
4. **Rhoads JE, Terrell AW.** Ovarian fibroma with ascites and hydrothorax (Meigs syndrome): a case. JAMA 1937; 109: 1684
5. **Sivanesaratnam V, Dutta R, Javalakshmi P.** Ovarian fibroma--clinical and histopathological characteristics. Int J Gynaecol Obstet. 1990 Nov;33(3):243-7. doi: 10.1016/0020-7292(90)90009-a. PMID: 1977643.
6. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin.2021; 71:209.
7. **Topalak O, Savgili U, Soyturk 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.

HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC CỦA SINH VIÊN NGÀNH BÁC SĨ Y KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phùng Chí Ninh[1], Nguyễn Hồng Uyên[1], Vũ Xuân Thịnh[1], Hoàng Việt Hưng[1], Phạm Tùng Sơn[1], Thân Thu Hoài[2], Vũ Minh Tuấn[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 741 sinh viên ngành Bác sĩ Y khoa tại Trường Đại học Y Hà Nội năm 2022 nhằm đánh giá thực trạng hoạt động thể lực của sinh viên Y và một số yếu tố liên quan dựa vào bộ câu hỏi GPAQ. Kết quả cho thấy tỉ lệ sinh viên hoạt động thể lực đạt khuyến nghị là 51,8%, tỉ lệ sinh viên không tham gia hoạt động thể lực là 39,5%. Có 22,5% sinh viên có mức hoạt động thể lực cao, 29,3% sinh viên có mức hoạt động thể lực trung bình và 48,2% sinh viên hoạt động thể lực ở mức thấp. Các yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của sinh viên là giới tính, điều kiện kinh tế và tham gia câu lạc bộ trong trường. ***Từ khóa:*** hoạt động thể lực sinh viên Y; GPAQ; Global Physical Activity Questionnaire.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*

[2]*Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Tuấn

Email: vuminhtuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

SUMMARY

PHYSICAL ACTIVITIES OF MEDICAL STUDENTS HANOI MEDICAL UNIVERSITY

A cross-sectional descriptive study on 741 medical students at Hanoi Medical University in 2022 to survey the status of physical activity with the aim of describing the status of physical activity among medical students with the Global Physical Activity Questionaire (GPAQ). The results show that the percentage of students who are physically active reaches the recommendation of 51.8%, the rate of students who do not participate in physical activity is 39.5%. There were 22.5% students with high physical activity level, 29.3% students with moderate physical activity level and 48.2% students with low physical activity level. Factors associated with students' physical activity levels were gender, economic status, and club participation.

Keywords: physical activity; GPAQ; Global Physical Activity Questionnaire.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động thể lực (HĐTL) đã được Tổ chức Y tế thế giới định nghĩa là bất kỳ chuyển động nào của cơ thể được tạo ra bởi các cơ xương đòi