

của cả 2 nhóm tương tự nhau là 71,8% và 64,7% (CEA > 5ng/ml); độ nhạy của Cyfra 21-1 là 68,8% và 66,75 (Cyfra 21-1 > 3,3ng/ml). Kết quả này cũng tương tự các kết quả trong và ngoài nước [2],[3],[4],[6].

4.2. Kết quả điều trị. Số chu kỳ trung bình trên mỗi BN của cả 2 nhóm tương tự nhau là 4,2 và 4,6. Số chu kỳ tối thiểu là 2, tối đa là 6 chu kỳ.

Theo kết quả Bảng 3.4, tỷ lệ đáp ứng khách quan của cả 2 nhóm tương tự nhau. Tuy nhiên tỷ lệ kiểm soát bệnh của nhóm Paclitaxel-Carboplatin cao hơn, có thể do số lượng BN của 2 nhóm không tương xứng, nhóm điều trị Pemetrexed-Carboplatin có nhiều bệnh lý phổi hơn.

Theo kết quả Bảng 3.5 và 3.6, tỷ lệ kiểm soát bệnh không có sự khác biệt giữa giới và các nhóm tuổi với $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương tự các kết quả trong và ngoài nước khác, tỷ lệ đáp ứng khoảng 25-35%, tỷ lệ kiểm soát bệnh khoảng 50-70% tùy theo các nghiên cứu, tỷ lệ này không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi và giới [2],[3],[4],[6].

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi trung bình tương tự ở 2 nhóm là 67 và 68
- Tỷ lệ nam/nữ: 2,7/1 với 5,4/1.
- Bệnh lý kèm theo thường là bệnh lý tim mạch
- U thường ở phổi phải, thuỳ trên 2 phổi. UTP thường di căn màng phổi – màng tim, phổi đối bên, xương, thượng thận.

5.2. So sánh giữa phác đồ Pemetrexed-

Carboplatin với Paclitaxel-Carboplatin

- Tỷ lệ đáp ứng khách quan tương tự nhau lần lượt là 35,1% và 35,5%
- Tỷ lệ kiểm soát bệnh không có sự khác biệt giữa giới và các nhóm tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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: A Cancer Journal for Clinicians. 2021; 71(3): 209-249.
2. **Grønberg B.H., Bremnes R.M., Fløtten Ø. et al** (2009). Phase III Study by the Norwegian Lung Cancer Study Group: Pemetrexed Plus Carboplatin Compared With Gemcitabine Plus Carboplatin As First-Line Chemotherapy in Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. JCO, 27(19), 3217–3224.
3. **Biesma B, Wymenga ANM, Vincent A, et al.** Quality of life, geriatric assessment and survival in elderly patients with non-small-cell lung cancer treated with carboplatin-gemcitabine or carboplatin-paclitaxel: NVALT-3 a phase III study. Ann Oncol. 2011; 22(7):1520-1527.
4. **Ito M. et al** (2019). Carboplatin plus pemetrexed for the elderly incurable chemo-naive nonsquamous non-small cell lung cancer: Meta-analysis. Asia Pac J Clin Oncol, 15(2), e3-e10.
5. **Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J. et al** (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer, 45(2), 228–247.
6. **Phạm Văn Thái** (2015). Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng hoá chất phác đồ PC kết hợp xạ phẫu dao gamma quay, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Lê Văn Khâm** (2014). Vấn đề người cao tuổi hiện nay. Tạp chí khoa học xã hội Việt Nam, 7, 80.

CA LÂM SÀNG - HỘI CHỨNG BƯỚU QUÁI ĐANG TRƯỞNG THÀNH: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Thế Hiên¹, Nguyễn Hoàng Duy Thanh¹,
Nguyễn Văn Tiến¹, Nguyễn Bình Kha², Lê Bảo Ngọc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng bướu quái đang trưởng thành là một bệnh lý lành tính hiếm gặp thường xuất hiện sau khi bệnh nhân bướu quái buồng trứng chưa

trưởng thành được hóa trị. Chẩn đoán sớm hội chứng này thì vẫn còn là một thử thách lớn. Mặc dù là bệnh lý lành tính, tuy nhiên các bệnh nhân mắc hội chứng này thường có khối bướu khá lớn gây chèn ép các cơ quan lân cận. Các bằng chứng y văn hiện tại trên thế giới thì phẫu thuật vẫn là điều trị chính cho bệnh lý này giúp giảm nguy cơ tái phát và loại trừ các bệnh lý ác tính thuộc dòng bướu tế bào mầm khác. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nữ 24 tuổi, nhập viện vì đau bụng, được phẫu thuật sinh thiết có kết quả là bướu quái buồng trứng chưa trưởng thành, bệnh nhân được hóa trị 10 chu kỳ nhưng bỏ trị sau đó. Bệnh nhân tái phát khối bướu ổ bụng kích thước khoảng 50 cm sau đó 1 năm, được điều trị phẫu thuật tối ưu khối bướu, thời gian phẫu thuật khoảng 6h với lượng máu mất khoảng

¹Bệnh viện Ung Bướu, Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bình Kha

Email: nguyenvinhkha81@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023

2000ml, hậu phẫu bệnh nhân ổn và được xuất viện. Kết quả giải phẫu bệnh là buồng quái trưởng thành. Bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng buồng quái đang trưởng thành. **Kết luận:** Phẫu thuật là điều trị tiên quyết đối với nhóm bệnh lý này. Phẫu thuật vừa đóng vai trò chẩn đoán và điều trị, ngoài ra cũng giúp loại trừ các bệnh lý ác tính thuộc nhóm bệnh lý ác tính của buồng tế bào mầm.

Từ khoá: Hội chứng buồng quái đang trưởng thành, buồng tế bào mầm loại nonseminoma, ung thư buồng trứng, phẫu thuật, hoá trị

SUMMARY

GROWING TERATOMA SYNDROME: A RARE CASE REPORT

Introduction: Growing teratoma syndrome is a rare benign condition that often appears after immature teratoma patients, who were received chemotherapy. Early diagnosis of this syndrome remains a major challenge. Although it is a benign disease, patients with this syndrome often have a large tumor that cause pressure on nearby organs. According to current medical evidence, surgery is still the main treatment for this disease, it is also helping to reduce the risk of recurrence and eliminate other germ cell tumor malignancies. **Case report:** A 24 year-old female patient was admitted to the hospital because of abdominal pain. She underwent a surgical biopsy after that and the result was immature teratoma. She was treated for 10 cycles but dropped out afterwards. The patient recurred the abdominal tumor about 50cm in size after 1 year, received optimal cytoreduction, the surgery time was about 6 hours with blood loss of about 2000ml. The patient was stable and was discharged. The final results of the tumor is an mature teratome, which is fit the diagnostic criteria for growing teratoma syndrome. **Conclusion:** Surgery is a prerequisite treatment for this group of conditions. Surgery plays role in both a diagnostic and therapeutic. Its also helps to exclude malignant pathologies belonging to the group of malignant pathologies of germ cell tumors.

Keywords: Growing teratoma syndrome, non-seminomatous germ cell tumors, ovarian cancer, surgery, chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

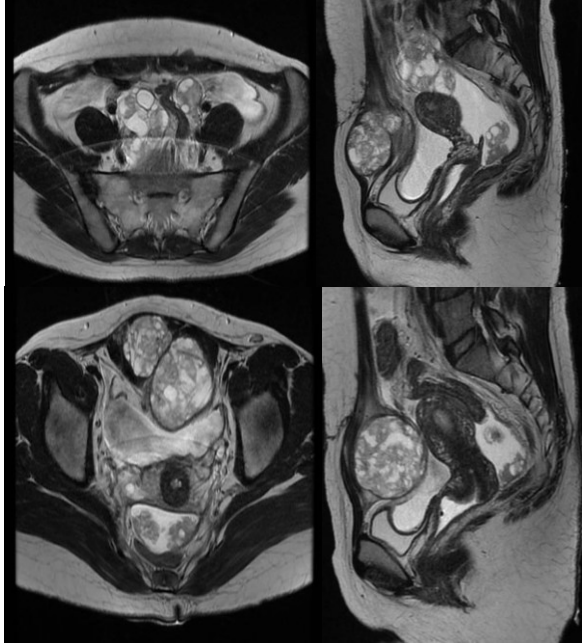
Hội chứng buồng quái đang trưởng thành là một bệnh lý hiếm gặp có đặc trưng là một khối buồng lớn lành tính ở vùng sau phúc mạc hoặc vị trí khác trong ổ bụng trên nhóm bệnh nhân có tiền căn buồng quái buồng trứng chưa trưởng thành được điều trị với hóa trị [1]. Bệnh lý này thường đi kèm với buồng tế bào mầm loại nonseminoma của tinh hoàn hoặc buồng trứng. Theo một số báo cáo hiện nay trên thế giới thì nguy cơ mắc hội chứng buồng quái đang trưởng thành sau buồng tế bào mầm loại nonseminoma của tinh hoàn là khoảng 1,9–7,6% và sau buồng tế bào mầm loại nonseminoma của buồng trứng là khoảng 12% [2]. Theo Logothetis chẩn đoán

hội chứng u quái đang trưởng thành cần 3 yếu tố: marker ung thư bình thường (như AFP, β -hCG), khối buồng mới xuất hiện hoặc buồng tiến triển to hơn mặc dù đã điều trị phác đồ hóa trị phù hợp cho buồng tế bào mầm loại nonseminoma, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cắt bỏ buồng chỉ là buồng quái trưởng thành [3]. Phẫu thuật và tiên lượng của hội chứng buồng quái đang trưởng thành phụ thuộc vào thời điểm chẩn đoán [4]. Tuy nhiên, chẩn đoán hội chứng buồng quái đang trưởng thành vẫn là một thách thức. Chúng tôi xin trình bày dưới đây 2 ca lâm sàng hội chứng buồng quái đang trưởng thành.

II. CA LÂM SÀNG

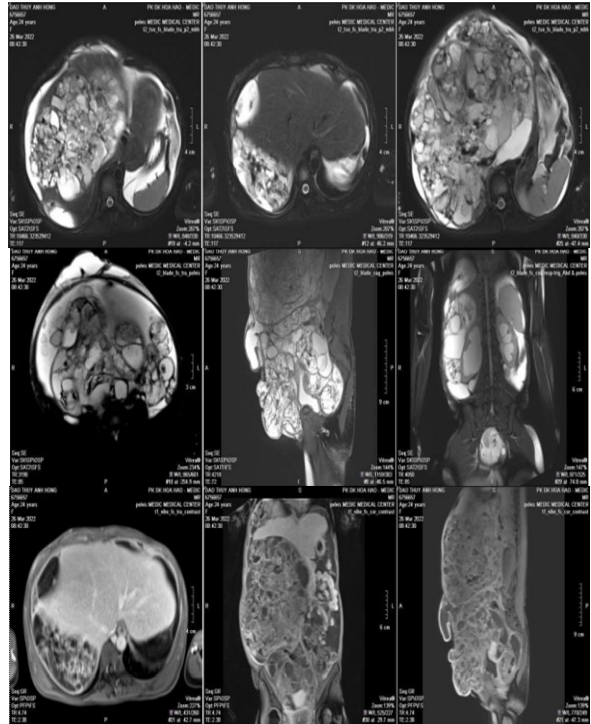
Bệnh nhân nữ, 24 tuổi, tiền căn sản khoa của bệnh nhân gồm 1 lần sanh thường, nhập viện vì đau bụng, bệnh nhân đi khám thì được siêu âm ghi nhận kết quả: mặt trước tử cung có khối echo kém có những khối tăng hồi âm bên trong kích thước khoảng 128x68x124mm, kết luận: buồng nhầy buồng trứng. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, ghi nhận lúc mổ phát hiện phần phụ phải có khối buồng nang bì kích thước khoảng 20x20cm, tiến hành sinh thiết buồng. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ của bệnh nhân được ghi nhận là: buồng quái không trưởng thành, grad 2, của buồng trứng. Khám lâm sàng lúc nhập viện tại bệnh viện của chúng tôi, ghi nhận buồng vùng chậu kích thước khoảng 10cm, dính tử cung, mật độ chắc, giới hạn không rõ, di động được, vùng chậu chưa bị xâm lấn. Siêu âm qua đầu dò âm đạo ghi nhận: buồng trứng trái có cấu trúc dạng bọc, echo dày, kích thước khoảng 24x17mm, bên trong có vài nang, echo trống, kích thước <10mm, tăng sinh mạch máu, buồng trứng phải có hình ảnh tương tự, kích thước 41x27mm, bên trong có vôi hóa thô, tăng sinh mạch máu, trong cơ thành bụng nằm sát đáy tử cung có cấu trúc dạng bọc, echo dày, giới hạn rõ, kích thước 53x45mm, có vôi hóa, có phân bố mạch máu bên trong, vùng hạ vị có dịch, dịch lợn cợn, đồng nhất. Kết luận: Tổn thương hai buồng trứng nghi buồng, tổn thương trong cơ thành bụng nghi gieo rắc. Siêu âm ổ bụng chỉ ghi nhận dịch ổ bụng, các dấu ấn sinh học được thực hiện lúc này ghi nhận CA 125 (45 U/ml), AFP (274,07 ng/ml), β -hCG (<2,3 mIU/mL). Sau đó, bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ ổ bụng ghi nhận: nhiều tổn thương gieo rắc trong khoang phúc mạc, cơ thành bụng, túi cùng Douglas với kích thước lớn nhất khoảng 9,5x4,5cm, dày không đều lá phúc mạc thành bụng và dịch ổ bụng lượng nhiều, nghi carcinomatosis. Dựa vào

lâm sàng và các kết quả trên thì bệnh nhân được chẩn đoán: Ung thư buồng trứng IIIC theo FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics: Hiệp Hội Sản Phụ Khoa Quốc Tế).



Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ bướu buồng trứng trước hóa trị của bệnh nhân

Hướng điều trị lúc này được chỉ định cho bệnh nhân là phẫu thuật giảm tổng khối bướu (cytoreductive surgery). Trong lúc mổ ghi nhận bướu gieo rắc ổ bụng nhiều vị trí kích thước 1-3cm, trắng, sượng, dịch ổ bụng khoảng 1500ml, vàng chanh, lợn cợn ít, vùng chậu có khối sượng cứng kích thước #8cm, dính bàng quang, không khảo sát được phần phụ phải, ngoài ra còn ghi nhận khối gần đại tràng góc gan kích thước khoảng 6cm, màu tím sậm, dễ chảy máu. Lúc này, phẫu thuật viên đánh giá không thể phẫu thuật tối ưu nên quyết định sinh thiết mạc nối lớn và nốt gieo rắc thành bụng. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: bướu quái không trưởng thành, grad 2. Bệnh nhân được tiến hành hóa trị 04 chu kỳ BEP (Bleomycin, Etoposide, Cisplatin) và không có tác dụng phụ đáng kể. Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng điều trị là bệnh tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, sau đó tiếp tục được hóa trị lần lượt với các phác đồ PC (Paclitaxel, Carboplatin) x 04 chu kỳ, phác đồ IC (Ifosfamide, Carboplatin) x 01 chu kỳ và phác đồ PEI (Cisplatin, Etoposide, Ifosfamide) x 01 chu kỳ, tuy nhiên bệnh vẫn có xu hướng tiến triển và không đáp ứng với hóa trị. Sau đó, chúng tôi mất dấu bệnh nhân.



Hình 2. Hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân ghi nhận bướu buồng trứng lan tỏa khắp ổ bụng sau hóa trị

Sau khoảng 1 năm, bệnh nhân than bụng to dần, khám lâm sàng ghi nhận: bướu ổ bụng kích thước khoảng 50x30cm, chiếm toàn bộ ổ bụng, đè vào túi cùng sau, thoát vị thành bụng một khối khoảng 6cm, mềm, di động và 1 khối loét ở thành bụng kích thước khoảng 7cm, sượng, giới hạn không rõ. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ thì ghi nhận kết quả: bướu buồng trứng lan tỏa khắp ổ bụng, xâm nhập vào phúc mạc thành, xâm nhập khoang phúc mạc trên gan phải, bên trong có nhiều chồi và vách nang, dịch ổ bụng và vùng chậu lượng trung bình, thận phải ứ nước độ 2, thận trái ứ nước độ 1, hai niệu quản dẫn, các xét nghiệm CA125 (1938,4 U/ml), HE4 (672), AFP (<2 ng/ml), β -hCG (<2.3 mUI/ml). Với tiền căn và lâm sàng hiện tại thì bệnh nhân được chẩn đoán: ung thư buồng trứng tái phát, hướng điều trị lúc này là đặt JJ niệu quản bên và phẫu thuật cắt tử cung và 2 phần phụ mang bướu, mạc nối lớn, lột phúc mạc ổ bụng. Ghi nhận trong lúc phẫu thuật phát hiện khoảng 400ml dịch ổ bụng vàng nhạt, bướu vùng chậu kích thước 50-60cm, dính thành bụng 2 bên, dính bờ dưới gan, trước cột sống, nhiều khối nhỏ, trong đó có một khối kích thước khoảng 10-20cm, xâm lấn cơ thành bụng dưới rốn, mào chậu 2 bên và trước xương mu, mạc nối lớn và đại tràng ngang dính chặt theo bướu, tử cung kích

thước khoảng 6cm, không thấy bướu bề mặt. Đại thể bướu khi được cắt ra thì ghi nhận trong bướu có chứa chất bã, sụn xương, tóc, giới hạn rõ. Phẫu thuật được thực hiện trong khoảng 6 tiếng, máu mất khoảng 2000ml. Kết quả giải phẫu bệnh của 2 bướu buồng trứng là bướu quái trưởng thành lành tính. Tình trạng hậu phẫu của bệnh nhân ổn và được xuất viện sau đó 1 tuần.



Hình 3. Bướu ổ bụng chiếm trọn ổ bụng của bệnh nhân trước mổ và sau mổ



Hình 4. Bệnh phẩm sau mổ của bệnh nhân

III. BÀN LUẬN

Hội chứng bướu quái đang trưởng thành lần đầu được mô tả vào năm 1977 bởi bác sĩ Saia dựa trên quan sát 3 bệnh nhân nữ mắc bướu quái buồng trứng chưa trưởng thành [5]. Sau đó các bệnh nhân này của ông được hóa trị, các bệnh nhân này được phẫu thuật với kết quả giải phẫu bệnh các bướu ổ bụng là bướu quái trưởng thành. Ông Saia cho rằng hội chứng bướu quái đang trưởng thành là do sự đảo ngược các thành phần chưa trưởng thành trong bướu thành các thành phần trưởng thành. Giả thuyết mà ông Saia đưa ra là việc tiếp xúc với hóa chất sẽ dẫn đến sự biến đổi (đảo ngược) ở mức độ tế bào hoặc là việc tiếp xúc hóa chất sẽ tiêu diệt các tế bào chưa trưởng thành nhạy hóa trị và chừa là các tế bào trưởng thành để tiếp tục phát triển [5].

Đối với ca lâm sàng của chúng tôi thì bệnh nhân này có đủ 3 tiêu chuẩn được Logothetis đưa ra để chẩn đoán hội chứng bướu quái đang trưởng thành gồm các marker ung thư bình thường, phát hiện bướu buồng trứng tiến triển mặc dù phác đồ hóa trị phù hợp với bệnh và bệnh phẩm sau mổ hoàn toàn là bướu quái buồng trứng trưởng thành. Theo y văn, hiện nay có khoảng 11 báo cáo ca lâm sàng hội chứng

bướu quái đang trưởng thành được báo cáo từ năm 1983 đến 2014 với kích thước trung bình của bướu sau hóa trị là trên 10cm [6]. Trong đó, có khoảng 6 nghiên cứu báo cáo rằng kích thước các bướu quái chưa trưởng thành ban đầu là trên 20cm. Qua đó, chúng ta có thể đặt ra một giả thuyết rằng các bướu quái chưa trưởng thành có kích thước lớn có thể dẫn đến hội chứng bướu quái đang trưởng thành với biểu hiện trên lâm sàng có một khối bướu có kích thước trên 10cm. Tuy nhiên, đây cũng chỉ là giả thuyết và cần phải có thêm nhiều nghiên cứu hơn để chứng minh. Trong tình huống lâm sàng này của chúng tôi, bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nghĩ rất nhiều đến ung thư buồng trứng (xâm lấn thành bụng, mào chậu 2 bên và trước xương mu, mạc nối lớn và đại tràng ngang, tiền căn bướu buồng trứng không trưởng thành, các marker ung thư buồng trứng tăng cao CA125, HE4). Qua đó, có thể thấy rằng đây là một bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán.

Trong các báo cáo trên thế giới, giải phẫu bệnh ban đầu có đều có được nhờ phẫu thuật giảm tổng khối bướu (cắt một bên buồng trứng mang bướu hoặc cắt tử cung và 2 buồng trứng) [6]. Sau đó, bệnh nhân được hóa trị, phổ biến nhất là phác đồ BEP, cũng tương tự với ca lâm sàng của chúng tôi. Marker ung thư trong và sau hóa trị được thực hiện ở 5 nghiên cứu và tất cả đều bình thường. Điều này cũng có phần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi sau khi bệnh nhân hóa trị thì các marker ung thư như AFP trở về mức bình thường nhưng về mặt hình ảnh học thì bướu vẫn tiếp tục tăng kích thước, ngoài ra lần nhập viện sau thì mức độ CA125 và HE4 của bệnh nhân tăng khá cao. Nhìn chung thì thời gian sống còn không bệnh (Disease free survival) của bệnh thì khá khả quan. Mặc dù bệnh có tiên lượng rất tốt nhưng bệnh nhân của chúng tôi phải đối mặt với việc không thể mang thai và phải dùng nội tiết thay thế.

Thời gian để bướu quái buồng trứng trưởng thành của chúng tôi là khoảng 23 tháng sau hóa trị. Ở một nghiên cứu tổng hợp trên 196 bệnh nhân mắc bướu quái chưa trưởng thành từ năm 1980 đến 2018 của tác giả Bentivegna và cộng sự, kết quả nghiên cứu báo cáo có khoảng 19% trường hợp tiến triển thành hội chứng bướu quái đang trưởng thành [7]. Tuổi trung bình chẩn đoán bệnh của nghiên cứu là khoảng từ 20 – 29 tuổi, tuy nhiên cũng có một số ít trường hợp ở độ tuổi tiền mãn kinh. Thời gian chẩn đoán sau hóa trị trung bình khoảng 7-18 tháng ở hầu hết các ca (trung bình khoảng 18,5 tháng) [7]. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của Bentivegna cũng có điểm

tương đồng với bệnh nhân này của chúng tôi. Ngoài ra, cũng có một nghiên cứu khác được thực hiện bởi Li và cộng sự cũng cho kết quả tương tự với thời gian xuất hiện hội chứng buồng trứng quái trưởng thành sau hóa trị là khoảng 27 tháng^[8]. Liệu rằng, có khả năng các buồng trứng chưa trưởng thành càng lớn thì càng dễ dàng để trở thành buồng trứng quái trưởng thành so với các buồng có kích thước nhỏ hơn. Tuy nhiên, vẫn cần thêm các nghiên cứu đoàn hệ để trả lời vấn đề này. Mức độ tăng kích thước của khối buồng thì rất khác biệt trên mỗi bệnh nhân, trung bình thì tăng 0,7cm/tháng và thể tích buồng tăng khoảng 12,9ml/tháng^[3]. Do đó, đối với tất cả bệnh nhân buồng trứng bào mầm loại nonseminoma có một khối buồng tăng kích thước quá mức sau hóa trị mà các marker ung thư đều bình thường thì hội chứng buồng trứng quái đang trưởng thành nên được nghĩ đến^[9].

Mặc dù, đây là một hội chứng lành tính, tuy nhiên phẫu thuật vẫn cần phải đặt ra bởi tình trạng chèn ép cơ học các cơ quan xung quanh buồng^[9]. Ngoài ra, chẩn đoán càng sớm bệnh thì bệnh nhân càng có khả năng bảo tồn chức năng sinh sản. Mặc dù, hiện nay đã có nhiều báo cáo về hội chứng này tuy nhiên vẫn chưa có bất kỳ đồng thuận hoặc hướng dẫn thực hành lâm sàng nào được công bố mà chủ yếu là dựa vào kinh nghiệm của bác sĩ. Tuy là một hội chứng lành tính tuy nhiên khối buồng lớn thể làm chèn ép các cơ quan xung quanh mà có thể dẫn đến mất chức năng. Do đó, phẫu thuật là phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh lý này, ngoài ra phẫu thuật cũng cho phép đánh giá loại giải phẫu bệnh của buồng giúp loại trừ các bệnh lý ác tính của buồng dòng tế bào mầm. Bởi lý do này, mà việc phẫu thuật tối ưu là cần thiết giúp giảm nguy cơ tái phát của hội chứng buồng trứng quái đang trưởng thành^[10]. Ngoài ra cũng có khoảng 3-5% các ca hội chứng buồng trứng quái đang trưởng thành chuyển thành ác tính (sarcôm, buồng carcinoid, buồng thần kinh ngoại bì nguyên thủy (primary neuroepidermal tumor – PNET)^[10]. Vì vậy, phẫu thuật là càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh lý này. Ở bệnh nhân này cũng chúng tôi, ngoài việc phẫu thuật toàn bộ khối buồng thì việc tạo hình thành bụng sau phẫu thuật cũng đóng vai trò rất quan trọng, điều này giúp làm không suy giảm chức năng cuộc sống của bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Hội chứng buồng trứng quái đang trưởng thành là

một hội chứng lành tính hiếm gặp xảy ra ở nhóm phụ nữ mắc buồng trứng quái trưởng thành đã được hóa trị. Ca lâm sàng của chúng tôi là một minh họa khá rõ cho bệnh lý này với đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán phù hợp một hội chứng buồng trứng quái đang trưởng thành. Phẫu thuật vẫn là phương tiện điều trị đóng vai trò quyết định trong bệnh lý này và mục tiêu của phẫu thuật phải là cắt toàn bộ buồng trên đại thể. Ngoài ra, đối với những bệnh nhân có khối buồng lớn như ca lâm sàng của chúng tôi thì hội chẩn liên chuyên khoa cũng cần thiết để bệnh nhân được điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Logothetis CJ, Samuels ML, Trindade A, Johnson DE.** The growing teratoma syndrome. *Cancer*. 1982; 50(8): 1629-1635. doi:10.1002/1097-0142.(19821015) 50:8<1629: :aid-cncr2820500828>3.0.co;2-1
- Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Leelahakorn S, Thawaramara T, Suekwatana P, Sheanakul C.** The growing teratoma syndrome: a case report and a review of the literature. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2006;16(S1):384-390. doi:10.1111/j.1525-1438.2006.00492.x
- Spiess PE, Kassouf W, Brown GA, et al.** Surgical management of growing teratoma syndrome: the M. D. Anderson cancer center experience. *J Urol*. 2007;177(4):1330-1334; discussion 1334. doi:10.1016/j.juro.2006.11.086
- Scavuzzo A, Santana Ríos ZA, Noverón NR, Jimenez Ríos MA.** Growing Teratoma Syndrome. *Case Rep Urol*. 2014;2014:139425. doi:10.1155/2014/139425
- Chemotherapeutic retroconversion of immature teratoma of the ovary - PubMed.** Accessed November 12, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/65751/>
- Saso S, Galazis N, Iacovou C, et al.** Managing growing teratoma syndrome: new insights and clinical applications. *Future Science OA*. 2019;5(9):FSO419. doi:10.2144/fsoa-2019-0075
- Wang D, Zhu S, Jia C, et al.** Diagnosis and management of growing teratoma syndrome after ovarian immature teratoma: A single center experience. *Gynecol Oncol*. 2020;157(1):94-100. doi:10.1016/j.ygyno.2019.12.042
- Li S, Liu Z, Dong C, et al.** Growing Teratoma Syndrome Secondary to Ovarian Giant Immature Teratoma in an Adolescent Girl: A Case Report and Literature Review. *Medicine*. 2016;95(7):e2647. doi:10.1097/MD.0000000000002647
- Kataria SP, Varshney AN, Nagar M, Mandal AK, Jha V.** Growing Teratoma Syndrome. *Indian J Surg Oncol*. 2017;8(1):46-50. doi:10.1007/s13193-016-0568-3
- Nitecki R, Hameed N, Bhosale P, Shafer A.** Growing teratoma syndrome. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(2): 299-303. doi: 10.1136/ijgc-2022-004265