

# U XƠ TỬ CUNG KÝ SINH VÀO PHÚC MẠC THÀNH BỤNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG CÓ DÙNG MÁY NGHIÊN BỆNH PHẨM

Đặng Thị Hồng Thiện, Ngô Toàn Anh<sup>✉</sup>, Nguyễn Bảo Giang

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

*U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là bệnh lý hiếm gặp khi phát hiện nhiều khối u tế bào cơ trơn nằm rải rác trong khoang bụng. Đây là bệnh lý ít gặp. Chúng tôi xin báo cáo một ca bệnh U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng xảy ra sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung. Bệnh nhân 42 tuổi, có 2 con. Năm 2015 được mổ nội soi bóc u xơ tử cung. Năm 2020 đi khám bệnh vì đau bụng hạ vị. Siêu âm và chụp cộng hưởng từ tiểu khung nghĩ tới u xơ tử cung tái phát. Bệnh nhân được chỉ định mổ cắt tử cung. Mở bụng thấy tử cung bình thường, sát sừng trái tử cung dính vào thành bụng ở vị trí chọc trocar cũ có vài nhân xơ nhỏ 1-2cm. Trong bụng có nhiều khối u không liên tục với tử cung ở các vị trí sau phúc mạc thành bụng sát trực tràng và trước bàng quang. Kết quả giải phẫu bệnh là các khối u cơ nhẵn lành tính. Đây là một trường hợp được nhận định là u xơ ký sinh ở phúc mạc thành bụng sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có lấy bệnh phẩm bằng máy nghiền. Trường hợp này hiếm gặp. Khi lấy u xơ khỏi bụng bằng máy nghiền, những mảnh nhỏ của khối u đã phát tán ra ổ phúc mạc, ký sinh dưới phúc mạc thành bụng và phát triển thành những khối u to, được phát hiện sau 65 tháng. Khối u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng thường phát triển không có triệu chứng. Sau phẫu thuật nội soi bóc u có sử dụng máy nghiền bệnh phẩm, khuyến cáo bệnh nhân phải khám phụ khoa định kỳ trong thời gian dài để phát hiện sớm bệnh lý này.*

**Từ khóa:** U xơ tử cung, u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng, phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, máy nghiền bệnh phẩm.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là một bệnh lý hiếm gặp và được mô tả lần đầu tiên bởi Willson and Peale vào năm 1952.<sup>1</sup> Cho đến hiện tại, trong y văn chỉ mô tả được khoảng hơn 200 ca bệnh và ở dưới dạng báo cáo các ca bệnh riêng biệt do tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ mới mắc rất thấp. Nghiên cứu tổng hợp lớn nhất là của tác giả Lete và cộng sự được thực hiện tại Tây Ban Nha tổng kết điều trị 274 bệnh nhân trong 103 nghiên cứu.<sup>2</sup> Tuy nhiên, chưa có kết luận chính xác về cơ chế bệnh sinh của

u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc cũng như cách thức điều trị có hiệu quả với bệnh lý này. U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng thường không có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng thực thể thường không rõ ràng vì khối u có thể phát triển ở những vị trí khó có thể thăm khám tới mà chỉ có thể phát hiện bằng siêu âm hoặc chụp cộng hưởng từ.<sup>2</sup> Các thức điều trị thường là phẫu thuật bóc u và gửi kết quả giải phẫu bệnh là khối u cơ trơn giống với u xơ tử cung thì chẩn đoán là u xơ tử cung ký sinh.

Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung sử dụng máy nghiền khối u (Morcellator) để cắt nhỏ bệnh phẩm và lấy khối u ra khỏi bụng là một giải pháp tiên tiến giúp phẫu thuật nội soi bóc u xơ thành công với can thiệp tối thiểu vào ổ

Tác giả liên hệ: Ngô Toàn Anh

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Email: ngotoananh85@gmail.com

Ngày nhận: 25/03/2021

Ngày được chấp nhận: 12/04/2021

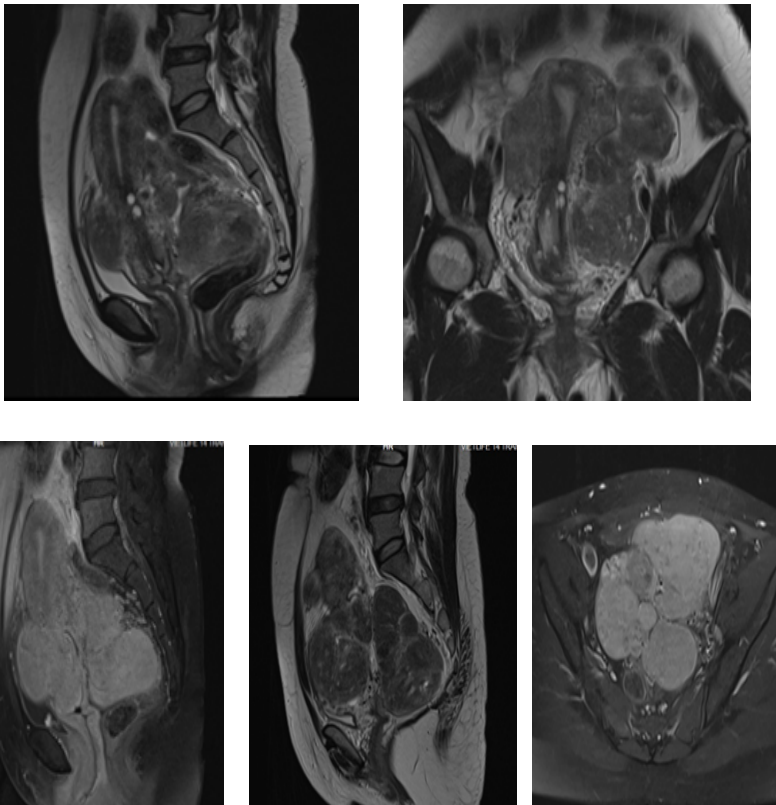
bụng.<sup>3</sup> Gần đây, nhiều trường hợp báo cáo ca bệnh đều sử dụng biện pháp này để lấy khối u ra khỏi cơ thể người bệnh và ca bệnh có khối u kích thước lớn nhất 34 cm được phẫu thuật nội soi do tác giả Yoshino và cộng sự báo cáo năm 2020.<sup>4</sup> Tuy nhiên, việc sử dụng máy nghiền khối u này có nguy cơ làm phát tán những mảnh

mô của khối u vào ổ bụng, những mảnh mô này có thể ký sinh vào phúc mạc thành bụng và phát triển thành các khối u xơ trong ổ bụng. Dưới đây chúng tôi xin được trình bày ca u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng được mổ bằng phương pháp phẫu thuật nội soi có sử dụng máy nghiền bệnh phẩm.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân V.T.T.H sinh năm 1978 có tiền sử 2 lần sinh thường, con khỏe mạnh. Tiền sử bản thân khỏe mạnh. Tháng 3 năm 2015 bệnh nhân đi khám phụ khoa vì rối loạn kinh nguyệt và được chẩn đoán. U xơ cơ tử cung kích thước 8cm ở vùng đáy tử cung. Chị H được phẫu thuật bóc u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi, có dùng morcellator để lấy bệnh phẩm tại khoa Phụ ngoại, bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kết quả giải phẫu bệnh lý là u cơ nhẵn typ gian tế bào (cellular leiomyoma).

Tháng 8 năm 2020 chị H có đi khám phụ khoa vì đau bụng hạ vị, kinh nguyệt vẫn bình thường. Khám thấy ở hạ vị là khối u to nhiều thùy. Siêu âm thấy tử cung to, thành sau tử cung gần cùng đồ có khối u đặc kích thước 11x9,5cm. Trên phim cộng hưởng từ tiểu khung cho thấy nhiều khối u xơ dưới thanh mạc gây biến dạng hình thái tử cung.



Hình 1. Kết quả phim chụp MRI tiểu khung của bệnh nhân H.

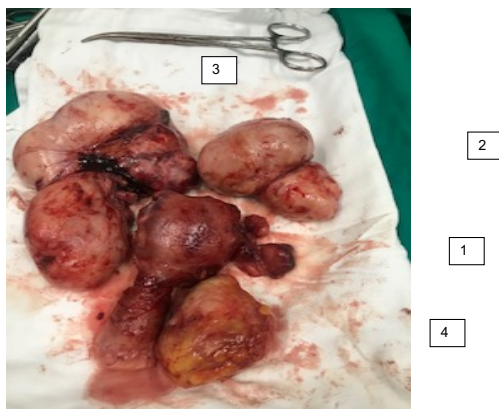
Bệnh nhân được phẫu thuật mở bụng cắt tử cung tại khoa Phẫu thuật và Gây mê hồi sức, Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Khi phẫu thuật thấy: tử cung kích thước bình thường, dính vào thành bụng trái chỗ chọc trocar cũ, có vài nhân xơ nhỏ 1-2cm ở vị trí này.

(1); Bên trái tử cung có nhân xơ dưới thanh mạc kích thước 8x6cm.

(2); phía sau tử cung không liên tục với tử cung, sát trực tràng có khối u nhiều thùy kích thước 12x15cm.

(3); thành bụng trước phía trên bàng quang có một khối u kích thước 6x5cm cách xa tử cung.

(4); Bệnh nhân được cắt tử cung hoàn toàn kèm các nhân xơ tử cung bên trái. Sau khi cắt tử cung, kiểm tra khối u ở sát trực tràng và trên bàng quang không có liên quan về giải phẫu với tử cung. Mở phúc mạc thành bụng bóc các khối u. Kết quả giải phẫu bệnh của các khối u là u cơ nhẵn lành tính.



**Hình 2. Hình ảnh khối u sau phẫu thuật.**

### III. BÀN LUẬN

Đây là một trường hợp được nhận định là u xơ ký sinh ở phúc mạc thành bụng sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có lấy bệnh phẩm bằng máy nghiền. Trường hợp này hiếm gặp. Khi lấy u xơ khỏi bụng bằng máy nghiền, những mảnh nhỏ của khối u đã phát tán ra ổ phúc mạc, ký sinh dưới phúc mạc thành bụng và phát triển thành những khối u to, được phát hiện sau 65 tháng. Có hai vị trí u xơ đã làm tổ và phát triển dưới phúc mạc cách xa tử cung là vị trí trước trực tràng và trên bàng quang. Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh lý của các khối u này là u cơ nhẵn lành tính.

U xơ ký sinh ở phúc mạc thành bụng là bệnh cảnh được báo cáo lần đầu tiên từ năm 1952 với phát hiện tổn thương lành tính nguồn

gốc từ u xơ tử cung phát tán trong ổ bụng và cấy vào phúc mạc thành bụng, buồng trứng và mặt trước đại trực tràng.<sup>1</sup>

Theo phân tích tổng hợp của Darii và cộng sự, kích thước của các khối u xơ tử cung mắc phải do bệnh nhân có tiền sử mổ nội soi cắt u xơ tử cung thường nhỏ hơn 10 cm.<sup>5</sup> Ca bệnh của chúng tôi có kích thước khối u lớn nhất là 15cm. Y văn còn ghi nhận những ca bệnh có kích thước u xơ lên đến trên 30 cm.<sup>4,6</sup> Những ca bệnh trên có kích thước u xơ tử cung rất lớn có thể do những nguyên nhân sau:

(1) bệnh nhân không cảm nhận được bất thường trong thời gian dài (112 tháng),

(2) khối u nằm gần những mạch máu lớn. Dễ dàng nhận thấy rằng trong báo cáo này, khối

u lớn nhất có nhiều thụ thể kích thước 12x15cm nằm ở vị trí sát trực tràng có nhiều mạch máu nuôi dưỡng nên kích thước lớn hơn các khối u khác nằm ở dưới thanh mạc và thành bụng trước. Nghiên cứu của Dashraath ghi nhận khối u lớn có kích thước 30x30x25cm được các mạch máu của mạc nối lớn nuôi dưỡng dẫn đến việc gia tăng kích thước khối u rất nhanh.<sup>7</sup>

Một nghiên cứu ở bệnh viện đại học Trịnh Châu Trung Quốc từ năm 2012 đến năm 2016 có 10 bệnh nhân được chẩn đoán U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có dùng máy nghiền bệnh phẩm.<sup>8</sup> Trong đó có 2 trường hợp đi khám vì đau bụng hạ vị, 8 trường hợp được chẩn đoán khi đi khám phụ khoa. Thời gian từ lần mổ trước đến lần phát hiện u là 1,3 đến 8,1 năm. Các khối u ký sinh ở nhiều vị trí khác nhau trong ổ bụng, trong đó cả 10 ca đều có khối u ở vùng túi cùng Douglas. Giải pháp điều trị là phẫu thuật lấy u và các ca đều có tiên lượng tốt. Trường hợp ca bệnh của chúng tôi cũng trong bệnh cảnh tương tự: có tiền sử mổ nội soi bóc u xơ tử cung trước đó 65 tháng; trong phẫu thuật có dùng máy nghiền bệnh phẩm để làm nhỏ bệnh phẩm và lấy ra khỏi ổ bụng; người bệnh được phát hiện ra khối u ký sinh phúc mạc thành bụng vì triệu chứng đau bụng hạ vị. Năm 2016, Lu B và cộng sự ở Australia báo cáo một nghiên cứu trên 6 bệnh nhân bị u xơ ký sinh ở phúc mạc thành bụng sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có lấy bệnh phẩm bằng máy nghiền 39 đến 132 tháng trước đó<sup>3</sup>. Các khối u ký sinh ở nhiều vị trí trong ổ bụng, kích thước từ 1 đến 6cm. Các bệnh nhân được phẫu thuật lấy bỏ các khối u và kết quả giải phẫu bệnh lý của các u ký sinh này là lành tính. Ca bệnh trong nghiên cứu phát hiện ra khối u trong 65 tháng và trong suốt thời gian đó bệnh nhân không phát hiện bất cứ dấu hiệu nào của khối u. Ca bệnh của chúng tôi cũng thấy u cấy ở nhiều vị trí trong

ổ bụng như ở mặt trước trực tràng, phía trên bàng quang, và các khối u này cách xa vị trí tử cung; kết quả giải phẫu bệnh của các khối u là u cơ nhẵn lành tính. Những khối u như thế này thường âm thầm phát triển thậm chí là không có triệu chứng rõ ràng kể cả khi khối u đã có kích thước đáng kể. Do đó, chúng tôi khuyến cáo các phẫu thuật viên sau khi thực hiện phẫu thuật cho bệnh nhân thì nên hẹn bệnh nhân khám lại định kỳ trong thời gian dài ít nhất là 5 năm sau. Việc chỉ định cho bệnh nhân làm các phương pháp chẩn đoán hình ảnh vùng tiểu khung và ổ bụng như siêu âm, CT hoặc MRI là bắt buộc vào mỗi lần thăm khám vì khối u xơ to thường phát triển ở nền dây chằng rộng.<sup>6</sup>

Tác giả Lete I và cộng sự đã truy xuất tóm tắt của 756 bài báo từ PubMed, Embase và Google Scholar với các từ khóa là u xơ tử cung, bóc u xơ tử cung qua phẫu thuật nội soi hoặc mở bụng, cắt tử cung, khối u ký sinh trong ổ phúc mạc. Trong số đó có các bài báo về u xơ tử cung ký sinh ổ bụng đã được mô tả sớm từ năm 1909. Những năm gần đây, do chỉ định phẫu thuật nội soi và lấy bệnh phẩm bằng máy nghiền nên bệnh lý này được báo cáo nhiều hơn. Tổng số có 274 bệnh nhân được chẩn đoán u xơ tử cung ký sinh, trong đó có 106 người (39%) có tiền sử được phẫu thuật dùng máy nghiền để lấy bệnh phẩm.<sup>2</sup>

Chẩn đoán bệnh u xơ ký sinh ở phúc mạc thành bụng sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung vẫn là một thách thức với y học ngày nay vì người bệnh không có triệu chứng hoặc có các triệu chứng mơ hồ như đau bụng, ra máu âm đạo bất thường. Trường hợp này còn tử cung thì trước phẫu thuật không có căn cứ nào gợi ý cho bác sĩ nghĩ đến tình huống u xơ ký sinh vào phúc mạc, mà với kết quả siêu âm và chụp cộng hưởng từ chỉ giúp cho các bác sĩ đặt ra chẩn đoán u xơ tử cung tái phát. Tác giả Yang Lei MD và cộng sự đã báo cáo ba trường

hợp được chẩn đoán u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng (năm 2020) trong đó cả ba ca có tiền sử phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có dùng máy nghiền bệnh phẩm, sau đó đi khám định kỳ phát hiện khối u, các triệu chứng lâm sàng mơ hồ như đau bụng, tương tự ca bệnh của chúng tôi báo cáo ở đây.<sup>9</sup> Với những bệnh nhân khám thấy có khối u ở tiểu khung và có tiền sử phẫu thuật bóc u xơ nội soi thì u xơ ký sinh vào phúc mạc thành bụng có thể được coi là một chẩn đoán phân biệt và nên thực hiện phẫu thuật cắt bỏ khối u dù có nghi ngờ ác tính hay không. Thậm chí với những khối u có kích thước rất lớn, phẫu thuật cắt bỏ u thường không làm tổn thương đến các cơ quan khác.<sup>4,6</sup> Tuy nhiên, phẫu thuật viên vẫn cần tư vấn kỹ về khả năng phải cắt bỏ nếu nghi ngờ có di căn sang các bộ phận quanh vùng tiểu khung.

Kỹ thuật nội soi bóc u xơ tử cung và lấy bệnh phẩm bằng máy nghiền đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh như xâm lấn tối thiểu, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sức khỏe nhanh hơn. Nhược điểm của phẫu thuật này là thời gian phẫu thuật dài hơn, lượng máu mất nhiều hơn, tăng nguy cơ tái phát, tăng nguy cơ vỡ tử cung khi có thai. Một nguy cơ nữa mà ngày nay rải rác có những báo cáo ca bệnh là khả năng lan tràn tế bào u trong ổ bụng khi dùng máy nghiền bệnh phẩm, sau đó những tế bào này ký sinh ở phúc mạc và phát triển thành khối u. Để giảm thiểu tai biến u xơ tái phát do những mảnh u nhỏ phát tán trong quá trình nghiền u và lấy bệnh phẩm người ta đã đưa ra giải pháp là nghiền u trong một cái túi chuyên dụng (In-bag morcellation).<sup>10</sup> Năm 2014, US Food and Drug Administration đã đưa ra khuyến cáo các nhà khoa học về nguy cơ phát tán u sarcoma tử cung do phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung và lấy bệnh phẩm bằng máy nghiền. Họ đã ứng dụng một kỹ thuật mới dùng máy nghiền bệnh

phẩm đặt trong một túi nhựa cho 4 bệnh nhân được chẩn đoán sarcoma tử cung và thời gian trung bình để nghiền bệnh phẩm là 48 phút, không có biến chứng của phẫu thuật.<sup>11</sup>

Khuyến cáo các phẫu thuật viên đối với mổ nội soi bóc u xơ tử cung và lấy bệnh phẩm bằng Morcellator thì ngay khi lấy khối u ra khỏi ổ bụng cần soi lại để quan sát toàn bộ ổ bụng để tránh bỏ sót bệnh phẩm, đổi vị trí camera để quan sát chân lỗ trocar trước khi rút vừa kiểm tra chảy máu vừa tránh sót mảnh khối u ở chân trocar để tránh biến chứng hiếm gặp này cho bệnh nhân.

#### IV. KẾT LUẬN

U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là một bệnh lý lành tính nhưng hiếm gặp. Phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung với lấy bệnh phẩm bằng máy nghiền có nguy cơ làm u phát tán và ký sinh vào phúc mạc thành bụng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Willson JR, Peale AR. Multiple Peritoneal Leiomyomas Associated with a Granulosa-Cell Tumor of the Ovary\*\*Presented at a meeting of the Philadelphia Obstetrical Society, Jan. 3, 1952. *Am J Obstet Gynecol.* 1952;64(1):204-208. doi:[https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(16\)38757-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(16)38757-9).
2. Lete I, González J, Ugarte L, Barbadillo N, Lapuente O, Álvarez-Sala J. Parasitic leiomyomas: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;203:250-259. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.05.025>.
3. Lu B, Xu J, Pan Z. Iatrogenic parasitic leiomyoma and leiomyomatosis peritonealis disseminata following uterine morcellation. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016;42(8):990-999. doi:<https://doi.org/10.1111/jog.13011>.
4. Yoshino Y, Yoshiki N, Nakamura R, Iwahara Y, Ishikawa T, Miyasaka N. Large leiomyomatosis peritonealis disseminata after laparoscopic

myomectomy: A case report with literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2020;77:866-869. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.12.005>.

5. Darii N, Anton E, Doroffei B, et al. Iatrogenic parasitic myoma and iatrogenic adenomyoma after laparoscopic morcellation: A mini-review. *J Adv Res.* 2019;20:1-8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jare.2019.04.004>.

6. Kumar S, Sharma JB, Verma D, Gupta P, Roy KK, Malhotra N. Disseminated peritoneal leiomyomatosis: an unusual complication of laparoscopic myomectomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;278(1):93-95. doi:[10.1007/s00404-007-0536-9](https://doi.org/10.1007/s00404-007-0536-9).

7. Dashraath P, Lim LM, Huang Z, Ilancheran A. Parasitic leiomyoma. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(5):665.e1-665.e2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.017>

8. Wang K, Guo R, Yuan Z, et al. [Clinical analysis of leiomyomatosis peritonealis

disseminate after laparoscopic uterine myomectomy in ten cases]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2017;52(8):533—538. doi:[10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2017.08.006](https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2017.08.006).

9. Yang L, Liu N, Liu Y. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: Three case reports. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(41). [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2020/10090/Leiomyomatosis\\_peritonealis\\_disseminata\\_\\_Three.70.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2020/10090/Leiomyomatosis_peritonealis_disseminata__Three.70.aspx).

10. Zapardiel I, Boria F, Halaska MJ, Santiago JD. Laparoscopic Power Morcellation: Techniques to Avoid Tumoral Spread. *J Minim Invasive Gynecol.* Published online 2020. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2020.09.012>.

11. Leal MA, Piñera A, Santiago J de, Zapardiel I. Novel Technique for Contained Power Morcellation through Umbilicus with Insufflated Bag. *Gynecol Obstet Invest.* 2016;82:205-207.

## Summary

### LEIOMYOMATOSIS PERITONEALIS DISSEMINATA (LPD) AFTER LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY USING MORCELATOR

Leiomyomatosis peritonealis disseminata (LPD) is an uncommon disease featured by the presence of multiple nodules of smooth muscle cells scattered in the abdominal cavity. We report a case of recurrent LPD after laparoscopic myomectomy. 42-year-old woman who had 2 children, were indicated for laparoscopic myomectomy surgery in 2015. In 2020, she went to her gynecologist complaining of abdominal pain. A MRI and ultrasound were performed and reported multiple pelvic masses, subsequently excised during laparotomy. The histological exam confirms LPD diagnosis. An exploratory laparotomy revealed nodules on the peritoneum, greater omentum and terminal ileum. We surgically removed all visible nodules. This is a rare condition which is uncommon in our routine practice. The reason is small pieces of nodules were scattered to the peritoneum during morcellation, then developed silently in size and diagnosed after 65 months. A large LPD is not always symptomatic. After a laparoscopic myomectomy, especially with power morcellation, long-term follow-up is necessary to detect LPD.

**Keywords:** Leiomyoma, Leiomyomatosis peritonealis disseminata (LPD), Laparoscopic myomectomy, morcellator.