

Lạc nội mạc tử cung ở trực tràng: Thông báo lâm sàng một trường hợp

Rectal endometriosis: A case report

Nguyễn Đắc Thao, Nguyễn Xuân Hùng

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Lạc nội mạc tử cung là sự hiện diện của các tuyến và mô đệm niêm mạc tử cung ở ngoài buồng tử cung. Lạc nội mạc tử cung ở trực tràng thường khó phân biệt với ung thư trực tràng. Chúng tôi thông báo lâm sàng một trường hợp bệnh nhân nữ 44 tuổi bị lạc nội mạc tử cung ở trực tràng và được tiến hành cắt đoạn đại trực tràng.

Từ khóa: Lạc nội mạc tử cung, cắt đoạn đại trực tràng, ung thư trực tràng.

Summary

Endometriosis is the presence of endometrial glands and stroma outside the uterine cavity. Rectal endometriosis is often confused with malignancy. We report a case of 44-year-old female with rectal endometriosis who was performed colorectal segmental resection.

Keywords: Endometriosis, laparoscopic colorectal segmental resection, colorectal cancer.

1. Đặt vấn đề

Lạc nội mạc tử cung là sự hiện diện của các tuyến và mô đệm niêm mạc tử cung ở ngoài buồng tử cung, được Recklinghausen mô tả lần đầu tiên năm 1896 và sau đó năm 1921 Sampson trình bày chi tiết hơn [1], đây là bệnh lý lành tính, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ với tỷ lệ 7 - 15% [1], [2]. Lạc nội mạc tử cung ở đường tiêu hóa chiếm khoảng 5,3 - 12% các trường hợp, trong đó vị trí trực tràng và đại tràng sigma chiếm 70 - 93%, và thường gây khó khăn trong việc chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý viêm trực tràng hay ung thư trực tràng [1], [2], [3]. Chúng tôi thông báo một trường hợp bệnh nhân nữ 44 tuổi, chẩn đoán trước mổ là

ung thư trực tràng, xác định là lạc nội mạc tử cung ở trực tràng nhờ giải phẫu bệnh lý sau mổ.

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân Lê Thị H, nữ, 44 tuổi, đẻ thường 2 lần, không có tiền sử bệnh lý nội khoa khác, kinh nguyệt đều. Lý do vào viện đại tiện nhầy máu kèm đau bụng, và sụt 2kg trong vòng 4 tháng. Khám lâm sàng: Không sờ thấy hạch ngoại vi, bụng mềm, thăm trực tràng có u sùi cách rìa hậu môn 9 - 10cm chiếm 1/2 chu vi. Nội soi đại trực tràng ống mềm: Hình ảnh khối sùi trên nền niêm mạc thâm nhiễm chiếm 1/2 chu vi trực tràng cách rìa hậu môn 9cm. Kết quả sinh thiết: Hình ảnh viêm loét niêm mạc trực tràng. Chụp cộng hưởng từ: Khối sùi vào lòng trực tràng kích thước 20 × 24mm đoạn 1/3 giữa, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, không có hạch mạc treo tương ứng và hình ảnh 2 nang ở tiểu khung kích thước 38 × 42mm, và 23 × 34mm nghĩ đến

Ngày nhận bài: 12/8/2019, *ngày chấp nhận đăng:* 23/9/2019

Người phản hồi: Nguyễn Đắc Thao,

Email: dr.thao.hmu@gmail.com - BV Hữu nghị Việt Đức

xuất phát từ buồng trứng. Xét nghiệm máu: CEA, CA 19-9, AFP trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được mổ ngày 21/03/2016 với chẩn đoán trước mổ: U trực tràng 1/3 giữa. Tổn thương trong mổ: Khối dạng nang nằm kẹt ở Douglas dính vào mặt sau tử cung và mặt trước trực tràng, sinh thiết tức thì: Lạc nội mạc tử cung. Tổ chức trực tràng 1/3 giữa dính vào mặt sau tử cung và cổ tử cung sinh thiết tức thì: Lạc nội mạc tử cung, u trực tràng ngang nếp phúc mạc tiểu khung đường kính 3cm. Bệnh nhân được tiến hành: Bóc nang tiểu khung, cắt đoạn trực tràng

cùng toàn bộ mạc treo, nối đại trực tràng thấp, hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ. Kết quả mô bệnh học sau mổ: Hình ảnh tuyến nội mạc tử cung và mô đệm nằm trong các lớp của thành trực tràng và tổ chức liên kết quanh trực tràng, đẩy lồi niêm mạc trực tràng tạo hình ảnh polyp, niêm mạc trực tràng loét trượt, không có tế bào ác tính, 13/13 hạch mạc treo không có tế bào ung thư. Sau mổ bệnh nhân ổn định, ra viện sau 8 ngày và được mổ đóng hậu môn nhân tạo sau 3 tháng.



A



B

Hình 1. (A) Hình ảnh sùi loét trên nội soi đại trực tràng.

(B) Hình ảnh dày thành trực tràng đoạn 1/3 giữa, sát vị trí cổ tử cung trên phim chụp MRI- mũi tên vàng.
(Nguồn: Bệnh nhân của chúng tôi)



A



B

Hình 2. (A) hình ảnh khối dạng nang nghi đến u nang buồng trứng trên phim chụp MRI- mũi tên đỏ.

(B) Hình ảnh trong mổ: Nang kẹt ở túi cùng Douglas trong chứa dịch màu nâu sẫm, giải phẫu bệnh là lạc nội mạc tử cung.
(Nguồn: Bệnh nhân của chúng tôi)

3. Bàn luận

Lạc nội mạc tử cung thường xảy ra ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, vị trí tổn thương có thể chia

thành 2 nhóm: Cơ quan sinh dục và ngoài cơ quan sinh dục [4]. Cơ chế sinh bệnh chưa sáng tỏ và có nhiều giả thuyết được đưa ra, trong đó giả thuyết của Sampson được chấp nhận nhiều nhất: Do sự di chuyển ngược chiều của các tế bào nội mạc tử cung qua vòi trứng vào ổ bụng trong kì kinh nguyệt rồi phát triển tại cơ quan khác [1]. Triệu chứng lạc nội mạc tử cung ở đường tiêu hóa thường mơ hồ và không đặc hiệu, bao gồm: Xuất huyết tiêu hóa, nôn, đau bụng, tiêu chảy, táo bón, lồng ruột, tắc ruột và thủng ruột; các triệu chứng này có tính chất chu kì và thường nặng lên trong kì kinh nguyệt gặp ở 40% các trường hợp [3], [5]. Chẩn đoán trước mổ thường khó do có nhiều nguyên nhân gây bệnh khác thường được nghĩ đến trước tiên và nhiều hơn bao gồm: Các bệnh gây viêm ruột hoặc ung thư [3]. Bệnh nhân của chúng tôi không có tiền sử vô sinh, biểu hiện lâm sàng là đau bụng và đại tiện ra máu không phụ thuộc kinh nguyệt, soi đại tràng có hình ảnh u sùi ở trực tràng; các dấu hiệu hướng tới một chẩn đoán u trực tràng, mặc dù kết quả giải phẫu bệnh qua sinh thiết là tổn thương viêm loét. Trong y văn cũng mô tả các trường hợp chẩn đoán trước mổ là u trực tràng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là lạc nội mạc tử cung vì rất khó có thể phân biệt được các biểu hiện của u trực tràng và lạc nội mạc tử cung tại trực tràng [1], [3]. Đối với trường hợp chẩn đoán được trước mổ, siêu âm đầu dò trực tràng, siêu âm đầu dò âm đạo, MRI, và nội soi đại trực tràng có giá trị chẩn đoán và tiên lượng phương pháp phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Victor Desplats [6], nếu tổn thương ở trực tràng dày trên 5,2mm qua siêu âm đầu dò trực tràng, là một yếu tố tiên lượng phải cắt trực tràng hình chêm hoặc cắt đoạn đại trực tràng với độ nhạy 76% và độ đặc hiệu 81%.

Điều trị lạc nội mạc tử cung ở đường tiêu hóa phụ thuộc vào triệu chứng lâm sàng và thương tổn trong mổ. Liệu pháp hormon với progestin, danazol, kháng GnRH có thể sử dụng trước mổ nhưng ít có tác dụng trong trường hợp nặng, và hiệu quả trên những trường hợp lạc nội

mạc tử cung tại đường tiêu hóa là không rõ ràng [3]. Điều trị triệt để lạc nội mạc tử cung là phẫu thuật cắt 2 buồng trứng, kèm theo cắt bỏ toàn bộ các khối lạc nội mạc tử cung [3], [5]. Năm 1991, trường hợp cắt đoạn đại tràng nội soi do lạc nội mạc tử cung được lần đầu thực hiện, từ đó đã có nhiều báo cáo với kết quả tốt. Tuy nhiên, các phương pháp điều trị cần được cân nhắc và thay đổi do lạc nội mạc tử cung là bệnh lành tính. Yêu cầu của phẫu thuật cần phải bảo tồn mạch máu cùng với thần kinh tự chủ để đảm bảo chức năng sinh dục, tiết niệu và tránh rò miệng nối sau mổ [5]. Phẫu thuật điều trị lạc nội mạc tử cung ở trực tràng bao gồm bóc khối lạc nội mạc tử cung (trong trường hợp xâm lấn chỉ dừng lại ở lớp cơ thành trực tràng), cắt trực tràng hình chêm hoặc cắt đoạn đại trực khi tổn thương xâm lấn đến lớp niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng [6]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh cắt đoạn đại trực tràng điều trị lạc nội mạc tử cung tại trực tràng là phẫu thuật an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được, và làm tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [4]. Tỷ lệ tái phát sau mổ ở một số nghiên cứu là 4,5 - 25% với thời gian theo dõi 2 năm [5], tỷ lệ rò miệng nối đại trực tràng là 4,5%, tỷ lệ có thai sau mổ là 31,8% ở bệnh nhân có chẩn đoán vô sinh trước mổ [4]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng sigma-trực tràng cùng toàn bộ mạc treo do chẩn đoán trước mổ là ung thư trực tràng.

Lạc nội mạc tử cung là bệnh lành tính, tỷ lệ ung thư hóa thấp, có khoảng 0,3 - 1% các trường hợp lạc nội mạc tử cung liên quan đến ung thư [2], [4], và khoảng 78% các trường hợp này xảy ra ở buồng trứng, chỉ có 22% ngoài buồng trứng bao gồm: Vách trực tràng âm đạo, bàng quang, âm đạo và phúc mạc tiểu khung [2]. Dựa trên 3 tiêu chuẩn của Sampson khi mô tả 7 trường hợp lạc nội mạc tử cung ung thư hóa bao gồm: Có cả tế bào ung thư và tế bào lành trên tiêu bản, không có bằng chứng của một loại ung thư khác, tế bào nội mạc tử cung ung thư nằm giữa các tế bào tuyến bình thường của ruột [4]. Cho đến năm 2017, trong y văn mới mô tả

khoảng 50 trường hợp lạc nội mạc tử cung ở đường tiêu hóa ung thư, thường gặp ở phụ nữ 30 - 60 tuổi, yếu tố nguy cơ bao gồm: Bệnh nhân sử dụng liệu pháp hormone, béo phì và nhiễm độc dioxin [7].

4. Kết luận

Lạc nội mạc tử cung tại đại-trực tràng phải luôn được coi là một trong những chẩn đoán phân biệt với ung thư đại trực tràng do triệu chứng lâm sàng giống nhau. Chẩn đoán trước mổ khó và thường không được đặt ra. Mổ nội soi cắt đoạn đại trực tràng được coi là lựa chọn tốt nhất để điều trị các trường hợp này.

Tài liệu tham khảo

1. Acar T, Acar N et al (2015) *Endometriosis within the sigmoid colon/extragenital endometriosis*. Ulus Cerrahi Derg 31: 250-252.
2. Abrao MS, Bassi MA et al (2009) *Bowel endometriosis: A benign disease?* Rev Assoc Med Bras 55(5): 611-616.
3. Garcia-Marin JA, Pellicer-Franco EM et al (2015) *Malignant degeneration of rectal endometriosis*. REv Esp Enferm Dig 107(12): 761-764.
4. Klugsberger B, Shamiyeh A et al (2015) *Clinical outcome after colonic resection in women with endometriosis*. Biomed Research International: 1-6.
5. Wolthuis AM, Meuleman C et al (2014) *Bowel endometriosis: Colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team*. World J Gastroenterol 20(42): 15616-15623.
6. Desplats V, Vitte RL et al (2019) *Preoperative rectosigmoid endoscopic ultrasonography predicts the need for bowel resection in endometriosis*. World J Gastroenterol 25(6): 696-706.
7. Palla VV, Karaolanis G et al (2017) *Endometrioid adenocarcinoma arising from colon endometriosis*. SAGE Open Medical Case Report 5: 1-4.