

Nhân một trường hợp ung thư tinh hoàn lạc chỗ trong ổ bụng chẩn đoán trước mổ là u ruột non

Intra-abdominal seminoma with the pre-operative diagnosis was small intestinal tumor: A case report

Nguyễn Đắc Thao, Nguyễn Xuân Hùng, Nông Bích Hồng

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Ẩn tinh hoàn là tình trạng bệnh lí thường được chẩn đoán ở trẻ nhỏ, và là một trong những yếu tố nguy cơ cao nhất gây ung thư tinh hoàn ở nam giới. Chúng tôi mô tả trường hợp bệnh nhân ung thư tinh hoàn trong ổ bụng trên bệnh nhân đã cắt tinh hoàn ẩn bên phải trước đó, chẩn đoán trước mổ là u ruột non.

Từ khóa: Ẩn tinh hoàn, u ruột non, ung thư tinh hoàn.

Summary

Cryptorchidism (Maldescended testes) is a common clinical diagnosis in newborn boys and one of the highest risk factors of testicular cancer. We describe a case of intra-abdominal seminoma in patient with history of right testicularrectomy for cryptorchidism and the pre-operative diagnosis was small intestinal tumor.

Keywords: Seminoma, cryptorchidism, testicular cancer, germ cell tumor.

1. Đặt vấn đề

Ẩn tinh hoàn là một bệnh lí bẩm sinh, trong đó tinh hoàn (một bên hoặc hai bên) không di chuyển xuống bìu, đây là một bệnh thường gặp nhất ở trẻ nam với tỷ lệ 1% - 4% trẻ đủ tháng và 1% - 45% trẻ đẻ non [1]. Điều trị phẫu thuật hạ và cố định tinh hoàn được chỉ định khi tinh hoàn không di chuyển xuống bìu sau 6 tháng tuổi, tuy vậy hiện nay chưa có tiêu chuẩn điều trị ẩn tinh hoàn sau tuổi dậy thì do tinh hoàn ẩn ở người trưởng thành có nguy cơ ung thư hóa cao, và vì vậy thường phải cắt tinh hoàn [1]. Hiện nay, ẩn tinh hoàn thường được chẩn đoán sớm và điều trị, nên trên lâm sàng hiếm khi gặp tinh hoàn ẩn

trong ổ bụng ung thư hóa với kích thước lớn [2]. Chúng tôi thông báo một trường hợp bệnh nhân có tiền sử được cắt tinh hoàn bên phải ẩn trong ổ bụng 2 năm trước đây, vào viện vì khối u hố chậu phải, chẩn đoán trước mổ là u ruột non, chẩn đoán sau mổ là ung thư tế bào dòng tinh nhờ kết quả giải phẫu bệnh lý.

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân Chu Văn S, nam, 42 tuổi, có 1 con 18 tuổi, tiền sử lao màng phổi đã điều trị khỏi, theo lời bệnh nhân kể đã được mổ nội soi cắt tinh hoàn ẩn trong ổ bụng bên phải 2 năm trước đây, không rõ kết quả giải phẫu bệnh. Lí do vào viện vì đau tức hố chậu phải 3 tháng, không rõ sút cân. Khám lâm sàng: Thể trạng trung bình, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn, khám bụng thấy khối đường kính 6cm ở hố chậu phải, ranh giới rõ, di động được; không sờ thấy

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

tinh hoàn phải, tinh hoàn trái bình thường. Kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh khối u vùng hố chậu phải theo dõi u ruột non đường kính 5 × 5cm, không thấy hình ảnh ruột thừa trên phim chụp. Soi đại tràng thấy khối đầy lồi vào lòng manh tràng vùng gốc ruột thừa. Kết quả xét nghiệm máu: PSA, CA 19-9, AFP trong giới hạn bình thường. Vì bệnh nhân đã cắt tinh hoàn ẩn bên phải, nên trước mổ chúng tôi không nghĩ đến tinh hoàn ẩn trong ổ bụng; chẩn đoán trước mổ hướng đến u ruột non dựa trên các kết quả nội soi và cắt lớp vi tính, và cần phân biệt với lao đoạn cuối hồi tràng do bệnh nhân có tiền

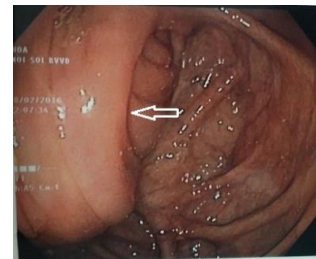
sử lao màng phổi cũ. Bệnh nhân được chỉ định mổ phiên ngày 22/02/2016; thương tổn trong mổ: Khối u nằm sau góc hồi manh tràng dính chặt vào ruột thừa thành khối đường kính 6cm, cứng chắc, khoảng 1m hồi tràng bọc lấy khối u, nhiều hạch mạc treo đại tràng phải. Sinh thiết tức thì trong mổ: Ung thư tế bào dòng tinh (Seminoma). Chúng tôi tiến hành cắt đại tràng phải cùng đoạn hồi tràng bị xâm lấn, vét hạch. Kết quả mô bệnh học sau mổ: Hình ảnh seminoma xâm nhập lớp cơ ruột non. Bệnh nhân ổn định ra viện sau mổ 7 ngày, và được điều trị hóa chất.



A



B



C

Hình 1. (A), (B): Hình ảnh khối u vùng hố chậu phải, theo dõi u ruột non trên phim chụp CLVT (mũi tên đỏ).

(C): Hình ảnh soi đại tràng có khối đầy lồi vào lòng manh tràng vị trí gốc ruột thừa (mũi tên trắng).

(Nguồn: Bệnh nhân của chúng tôi)



D



E



F

Hình 2. (D): Đại tràng phải, cùng 1m hồi tràng-kèm theo túi thừa Merkel (mũi tên đen).

(E) (F): Hình ảnh khối u mặt sau manh tràng (mũi tên vàng), ruột thừa bị bọc trong khối u (mũi tên trắng).

(Nguồn: Bệnh nhân của chúng tôi)

3. Bàn luận

Ẩn tinh hoàn là một tình trạng bệnh lý trong đó tinh hoàn không nằm ở vị trí bình thường tại bìu, đây là hậu quả do tinh hoàn không di chuyển hoặc di chuyển không hoàn toàn trong vòng 6 tháng sau đẻ. Nguyên nhân của ẩn tinh hoàn là do sự bất thường ở một trong bất cứ giai đoạn di

chuyển của tinh hoàn, có thể do yếu tố di truyền, hormone, giải phẫu, môi trường hoặc yếu tố xã hội, trong đó, một trong các yếu tố nguy cơ chính là trẻ nhẹ cân khi sinh hoặc các nguyên nhân từ mẹ như: Quá trẻ tuổi, sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản...[3]. Vị trí của tinh hoàn ẩn có thể ở trong ổ bụng, ống bẹn, cũng có khi tinh hoàn không có hoặc bị teo, trong đó tinh hoàn ẩn trong

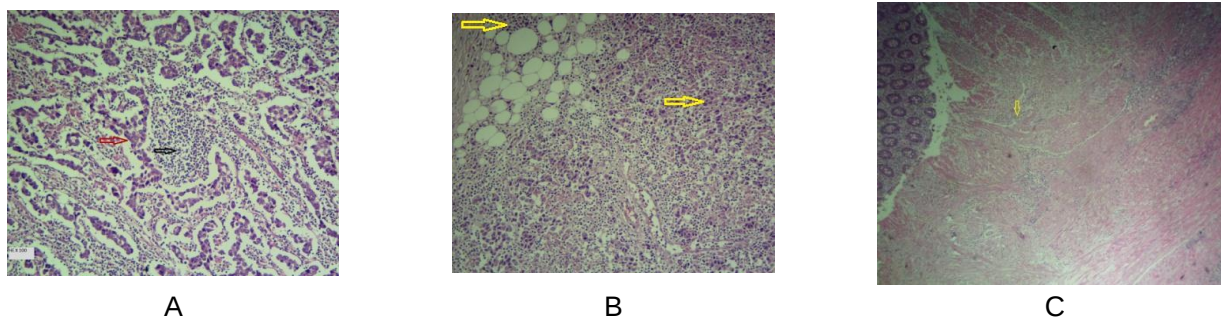
ổ bụng có nguy cơ ung thư hóa cao nhất. Có nhiều lý do ủng hộ việc can thiệp phẫu thuật sớm điều trị ẩn tinh hoàn, hiện nay được khuyến cáo trong 6 - 18 tháng tuổi, bao gồm: Nguy cơ vô sinh, nguy cơ ung thư tinh hoàn, xoắn tinh hoàn, thoát vị bẹn và ngoài ra yếu tố tâm lý cũng là một trong những chỉ định can thiệp [3]. Liệu pháp hormone điều trị ẩn tinh hoàn bằng GnRH, LH với tỷ lệ thành công khoảng 20% trong các báo cáo, biện pháp này thường được sử dụng trong trường hợp ẩn tinh hoàn 2 bên để phân biệt tinh hoàn bị co lên với ẩn tinh hoàn hoặc để tăng tưới máu cho tinh hoàn trong khi chờ mổ hạ tinh hoàn. Điều trị phẫu thuật ẩn tinh hoàn thường mổ theo đường bẹn hoặc bìu đối với trường hợp sờ được tinh hoàn ẩn, mổ nội soi ổ bụng thăm dò và hạ tinh hoàn khi khám không sờ thấy tinh hoàn [3].

Các bằng chứng về mô học chỉ ra rằng các tế bào mầm trong tinh hoàn ẩn phát triển bất thường, và có thể xuất hiện rất sớm. Ung thư tinh hoàn gặp ở 1% nam giới, hay gặp ở lứa tuổi 15 - 34, và thường là u đặc, trong đó mối liên quan giữa ung thư tinh hoàn và ẩn tinh hoàn được ghi nhận từ những năm 1940: Ẩn tinh hoàn là một yếu tố làm tăng nguy cơ ung thư tinh hoàn gấp 3,7 - 7,5 lần bình thường, và chiếm 5 - 10% những trường hợp ung thư tinh hoàn [4], thậm chí kể cả những trường hợp đã được mổ hạ tinh hoàn tỷ lệ ung thư hóa vẫn cao hơn đối với những trường hợp được mổ sau 6 tuổi [5]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi: 42 tuổi, không có tiền sử vô sinh, đã được cắt tinh hoàn ẩn trong ổ bụng 2 năm trước, đi khám vì đau và có khối ở hố chậu phải, các kết quả thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng hướng đến một u ruột non. Trong y văn đã có mô tả về ung thư tinh hoàn ẩn trong ổ bụng biểu hiện lâm sàng là đau và khối ở hố chậu phải nghĩ đến u nhày ruột thừa [6]. Đối với tinh hoàn ẩn trong ổ bụng ung thư hóa, trên lâm sàng bệnh nhân thấy có đau bụng hoặc không, sờ thấy khối bất thường vùng bụng dưới, trong đó 15% ung thư tinh bào có di căn ở thời điểm chẩn đoán [2]. Do bệnh lý tinh

hoàn ẩn gần đây được chú ý nhiều hơn và bệnh nhân thường được can thiệp sớm từ khi còn nhỏ, nên hiếm khi gặp trường hợp ung thư tinh hoàn ẩn với kích thước lớn trong ổ bụng.

Trường hợp tinh hoàn ẩn ở người trưởng thành cần cần nhắc đến nguy cơ ung thư hóa, vô sinh và chức năng nội tiết của bệnh nhân từ đó đưa ra phương pháp điều trị. Nếu không được điều trị trước 11 tuổi, tinh hoàn ẩn trong ổ bụng có nguy cơ ung thư hóa cao gấp 32 lần, cũng như tăng nguy cơ xoắn tinh hoàn [1]. Ngoài ra, nam giới có tiền sử ung thư tinh hoàn, tinh hoàn còn lại có nguy cơ ung thư cao gấp 12 lần, do đó tự khám tinh hoàn và theo dõi thường xuyên kèm theo siêu âm tinh hoàn rất quan trọng [2], [7]. Ung thư tế bào dòng tinh có tiên lượng chữa khỏi cao kể cả trong trường hợp đã có di căn, tỉ lệ sống theo các báo cáo là 90% đối với tất cả các giai đoạn [8]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi mặc dù đã được cắt tinh hoàn ẩn trong ổ bụng trước đây 2 năm, tuy nhiên kết quả mô bệnh học sau mổ là ung thư tế bào dòng tinh; có thể giải thích do nguyên nhân để sót tổ chức tinh hoàn sau lần mổ đầu tiên sau đó tiến triển thành ung thư hoặc bệnh nhân đã bị ung thư hóa tinh hoàn ẩn từ lần mổ trước nhưng chưa phát hiện ra, sau mổ bệnh nhân không được điều trị bổ trợ, do đó tế bào ung thư tiếp tục phát triển, kích thước khối u tương đối lớn (5cm).

Về mô bệnh học, dạng thường gặp nhất của ung thư tinh hoàn là u tế bào mầm (germ cell tumor) chiếm 90 - 95%, trong đó ung thư tế bào dòng tinh (seminoma) chiếm khoảng 50%, và các loại ung thư tế bào không phải dòng tinh (non-seminoma) chiếm 50% [4], [9]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, hình ảnh mô bệnh học bệnh phẩm cho thấy các tế bào nhân lớn đa hình thái, bào tương hẹp, sắp xếp thành đám hoặc thành dây, trên nền mô đệm giàu tế bào lympho, hình ảnh này giống với các mô tả trong y văn. Ung thư tế bào mầm thường nhạy cảm và được điều trị hóa chất phác đồ với thuốc căn bản là cisplatin [9].



Hình 3. (A) Các tế bào ung thư (Mũi tên đỏ) trên nền mô đệm giàu lympho bào (Mũi tên đen).
(B), (C) Các tế bào ung thư xâm nhập từ lớp mỡ mạc treo ruột non đến lớp cơ nhưng chưa xâm lấn lớp niêm mạc (Mũi tên vàng)
(Nguồn: Bệnh nhân của chúng tôi)

4. Kết luận

Ảnh tinh hoàn phát hiện sau tuổi dậy thì thường liên quan đến vô sinh, ảnh hưởng chức năng nội tiết, và có nguy cơ ung thư hóa. Ảnh tinh hoàn thường được chẩn đoán sớm khi còn bé, do đó tinh hoàn ẩn trong ổ bụng ung thư hóa với kích thước lớn tương đối hiếm gặp. Khám và tầm soát tinh hoàn còn lại với bệnh nhân đã phẫu thuật ung thư tinh hoàn là rất quan trọng.

Tài liệu tham khảo

1. Chung JM and Lee SD (2015) *Individualized treatment guidelines for postpubertal cryptorchidism*. World J Mens Health 33(3): 161-166.
2. Velez D et al (2015) *Intra-abdominal seminoma found incidentally during trauma workup in a man with bilateral cryptorchidism*. Urology Annals 7(4): 534-536.
3. Braga LH and Lorenzo AJ (2017) *Cryptorchidism: A practical review for all community healthcare providers*. Canadian Urological Association Journal 11: 26-32.
4. Ferguson L and AgoulNIK AI (2013) *Testicular cancer and cryptorchidism*. Frontiers in Endocrinology 4(32): 1-9.
5. Guo KM et al (2016) *Giant seminoma in an undescended testicle metastasizing to the neck and liver*. Molecular and Clinical Oncology 4: 983-985.
6. Nicholson MF et al (2014) *Snapshot in surgery: Incidentally discovered cryptorchidism*. Clinical case reports 2(5): 237.
7. Ryang SH et al (2015) *The incidence and histological characteristics of intratubular germ cell neoplasia in postpubertal cryptorchid testis*. Korean J Urol 56: 515-518.
8. Reiter WJ et al (2001) *Twelve-year experience with two courses of adjuvant single-agent carboplatin therapy for clinical stage I seminoma*. Journal of Clinical Oncology 19(1): 101-104.
9. Albers P et al (2015) *Guidelines on testicular cancer*. Testicular Cancer- Limited Update March 2015. 2015, Europe: European Association of Urology.