

U cơ trơn lan tỏa trong phúc mạc: Nhân một trường hợp và hồi cứu y văn

Leiomyomatosis peritonealis disseminata: A case report and literature review

Hoàng Văn Lân Đức^{1,2}, Trịnh Thị Thu Hiền^{1,2},
Lê Anh Việt^{1,2}, Vũ Thị Phương^{1,2} và Nguyễn Viết Thụ^{*1,2}

¹Bệnh viện ĐKQT Vinmec Time City

²Viện khoa học sức khỏe, Đại học VinUni.

Tóm tắt

U cơ trơn lan tỏa trong phúc mạc (Leiomyomatosis Peritonealis Disseminata - LPD) là bệnh lý lành tính hiếm gặp nhưng dễ chẩn đoán nhầm với ung thư di căn phúc mạc. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng với tiền sử phẫu thuật bóc u xơ tử cung có nghi ngờ bệnh phẩm và cắt tử cung bán phần (bảo tồn hai buồng trứng), bệnh nhân đến tái khám định kỳ phát hiện các khối vùng tiểu khung. Chẩn đoán phân biệt ban đầu đặt ra với carcinoma phúc mạc, u mô đệm đường tiêu hóa và u trung mô. Bệnh nhân được phẫu thuật thăm dò, kết quả giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch xác định là u cơ trơn lành tính, do vậy, ca này được khuyến nghị chỉ cần theo dõi định kỳ 6 tháng. Các bác sĩ cần nghĩ đến LPD khi gặp hình ảnh nhiều khối đặc vùng tiểu khung ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, có tiền sử phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có nghi ngờ bệnh phẩm để tránh chẩn đoán nhầm với các bệnh lý ác tính phúc mạc và có chiến lược xử trí phù hợp.

Từ khóa: U cơ trơn lan tỏa phúc mạc, u xơ tử cung.

Summary

Leiomyomatosis Peritonealis Disseminata (LPD) is a rare benign condition that can be easily misdiagnosed as peritoneal metastatic malignancy. We report a case of a patient with a history of laparoscopic myomectomy with power morcellation and subtotal hysterectomy with bilateral ovarian preservation, who was found to have multiple pelvic masses during routine follow-up. Initial differential diagnoses included peritoneal carcinoma, gastrointestinal stromal tumor, and mesenchymal tumor. The patient subsequently underwent exploratory surgery, and histopathological as well as immunohistochemical analyses confirmed benign smooth muscle tumors. Therefore, regular follow-up every 6 months was recommended for this case. Clinicians should consider LPD when encountering multiple solid pelvic masses in women of reproductive age with a history of laparoscopic myomectomy involving power morcellation, in order to avoid misdiagnosis as malignant peritoneal disease and to establish an appropriate management strategy.

Keywords: Leiomyomatosis Peritonealis Disseminata, Uterine leiomyoma.

Ngày nhận bài: 14/1/2026, ngày chấp nhận đăng: 8/5/2026

* Tác giả liên hệ: viethubs@gmail.com – Bệnh viện ĐKQT Vinmec Time City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

LPD là một bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi sự hiện diện của nhiều nốt cơ trơn lành tính nằm rải rác trên bề mặt phúc mạc, mạc nối và các tạng trong ổ bụng. Theo một báo cáo chỉ có 132 trường hợp LPD trong y văn tiếng Anh¹. Bệnh được mô tả lần đầu bởi Wilson và Peale vào năm 1952² và thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Mặc dù có bản chất mô học là lành tính, hình ảnh học của LPD với nhiều khối u lan tỏa trong ổ bụng thường gây nhầm lẫn với các bệnh lý ác tính như carcinomatosis phúc mạc hoặc sarcoma, dẫn đến lo lắng cho người bệnh và có thể ảnh hưởng đến chiến lược điều trị.

Trong những năm gần đây, sự phổ biến của phẫu thuật nội soi bóc tách u xơ tử cung với kỹ thuật nghiền bệnh phẩm được cho là làm gia tăng tỷ lệ mắc LPD thứ phát được ghi nhận do gieo rắc các mảnh vụn cơ trơn^{3,4,5}. Việc chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật là một thách thức lớn đối với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng này nhằm làm rõ đặc điểm hình ảnh học, các chẩn đoán phân biệt quan

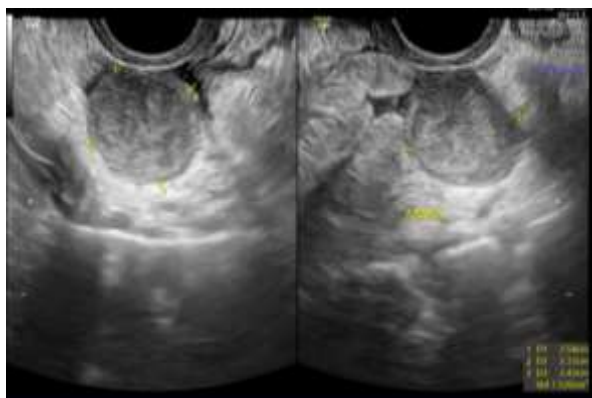
trọng và nhấn mạnh mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật với sự xuất hiện của bệnh.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 41 tuổi, PARA 2002. Tiền sử phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung cách thời điểm nhập viện 5 năm (có nghiền bệnh phẩm morcellation, u xơ lớn nhất 7cm) và phẫu thuật cắt tử cung bán phần do u xơ tử cung tái phát 1 năm trước, có bảo tồn hai buồng trứng. Sau phẫu thuật cắt tử cung 3 tháng, bệnh nhân được siêu âm kiểm tra ổ bụng – tiểu khung, không ghi nhận khối bất thường.

Bệnh nhân tái khám định kỳ, không có triệu chứng cơ năng đáng chú ý như đau bụng, sụt cân hay rối loạn tiêu hóa. Siêu âm ổ bụng phát hiện nhiều khối vùng tiểu khung nên bệnh nhân được nhập viện để chẩn đoán xác định.

Trên siêu âm qua ngả bụng và đầu dò âm đạo ghi nhận nhiều khối giảm âm, ranh giới khá rõ, đường kính từ 8 tới 25 mm, phân bố rải rác vùng tiểu khung, cấu trúc tương đối đồng nhất, tăng sinh mạch mức độ ít đến trung bình trên Doppler màu, không có dịch ổ bụng.



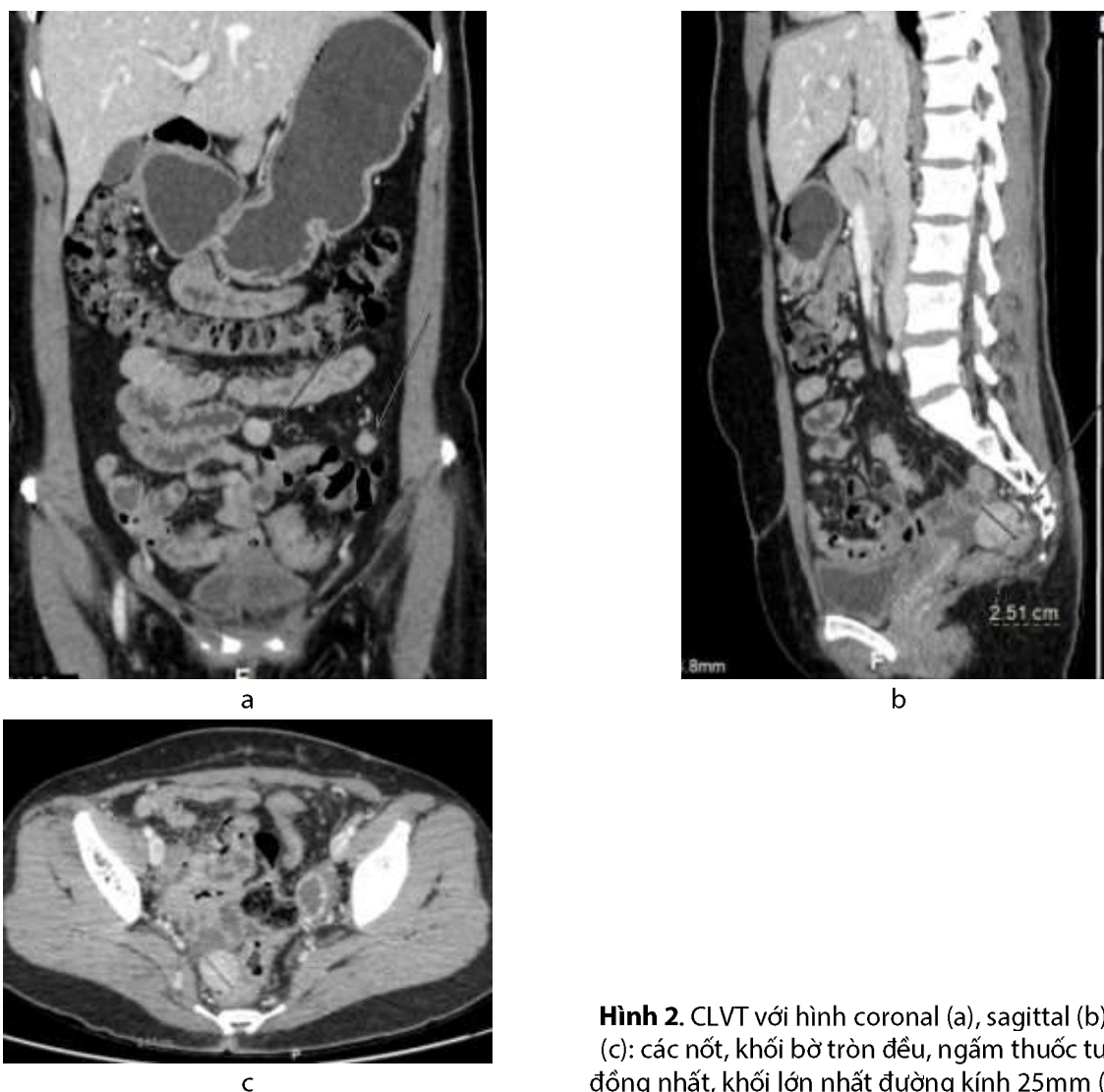
a



b

Hình 1. Ảnh siêu âm các nốt, khối giảm âm đồng nhất ở tiểu khung, khối lớn nhất có kích thước 23 × 24 × 25mm (a), tăng sinh mạch mức độ ít tới trung bình (b).

CLVT bụng - tiểu khung có tiêm thuốc cản quang: Phát hiện 6 khối mô mềm bám phúc mạc và mạc treo ruột, ranh giới rõ, ngấm thuốc mức độ trung bình và tương đối đồng nhất ở các thì, tương tự cơ trơn tử cung. Không thấy vôi hóa hay hoại tử trong khối u. Không ghi nhận xâm lấn tạng lân cận, dịch ổ bụng hay hạch to.



Hình 2. CLVT với hình coronal (a), sagittal (b) và axial (c): các nốt, khối bờ tròn đều, ngấm thuốc tương đối đồng nhất, khối lớn nhất đường kính 25mm (mũi tên).

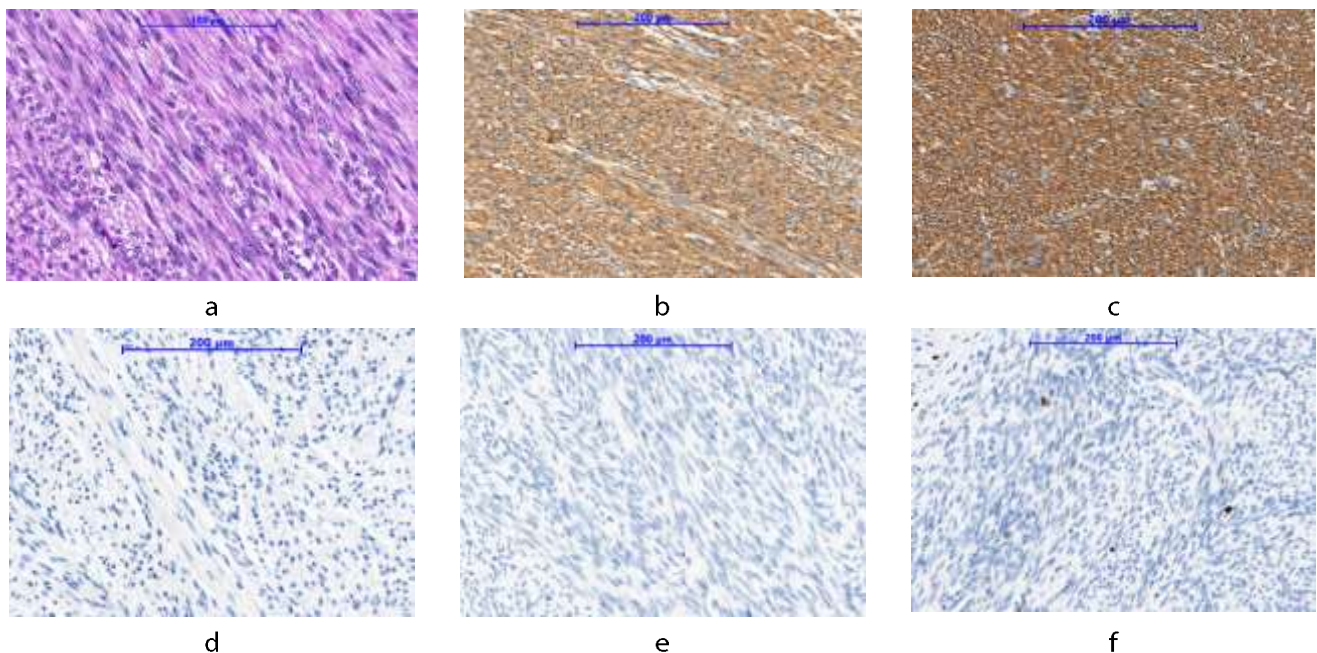
Chẩn đoán phân biệt: Dựa trên hình ảnh và tiền sử, các chẩn đoán phân biệt được đặt ra gồm carcinomatosis phúc mạc, u mô đệm đường tiêu hóa, u trung mô phúc mạc và LPD. Trong đó, LPD được ưu tiên do tính chất ngấm thuốc đồng nhất, không xâm lấn, không dịch ổ bụng và tiền sử phẫu thuật nội soi u xơ tử cung có nghi ngờ bệnh phẩm.

Bệnh nhân được phẫu thuật thăm dò lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học. Quan sát trong mổ ghi nhận nhiều nốt đặc chắc, màu trắng xám, ranh giới rõ nằm rải rác trên phúc mạc thành hố chậu, phù hợp với các nốt đã thấy trên CLVT, không thấy tổn thương hai buồng trứng hay các tạng khác. Tiến hành sinh thiết các nốt điển hình.

Trên mô bệnh học: mô u được tạo bởi các tế bào hình thoi có nhân dài, đều, bào tương nhạt màu, hiếm nhân chia, sắp xếp thành từng bó, dải.

Hóa mô miễn dịch: dương tính với các dấu ấn có nguồn gốc cơ trơn Cadesmon và SMA. Âm tính với S100, CD117, DOG1, chỉ số tăng sinh u Ki67 thấp.

Kết quả giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch phù hợp với u cơ trơn lành tính. Chẩn đoán xác định: LPD.



Hình 3. Hình a: H&E x 200, b: Cadesmon, c: SMA, d: S100 và CD117, e: DOG1. f: Ki67.

III. BÀN LUẬN

LPD có bệnh sinh chưa hoàn toàn rõ ràng. Có hai giả thuyết chính^{6,1}, thứ nhất là thuyết chuyển sản hay nội tiết tố, thuyết này cho rằng nồng độ cao của steroid sinh dục nữ ngoại sinh hoặc nội sinh có thể kích thích sự biệt hóa tế bào cơ trơn và hình thành LPD, chính vì thế LPD phổ biến hơn ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, sau khi sử dụng thuốc tránh thai đường uống hoặc trong thời kỳ mang thai. Thứ hai là thuyết gieo rắc (iatrogenic), đây là giả thuyết được ủng hộ mạnh mẽ trong các ca bệnh gần đây, đặc biệt ở bệnh nhân này. Quá trình phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung 5 năm trước có sử dụng máy nghiền u (morcellator) có thể đã làm rơi vãi các mảnh nhỏ mô cơ trơn trong ổ bụng. Các mảnh này sống sót và phát triển nhờ nguồn cung cấp máu từ phúc mạc và sự kích thích của nội tiết tố buồng trứng. Trong trường hợp này, khoảng thời gian 5 năm từ khi mổ bóc u xơ đến khi phát hiện LPD phù hợp với y văn (thường từ 2-10 năm)⁷.

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò then chốt trong việc định hướng và lập kế hoạch phẫu thuật^{8,9}.

Siêu âm: Thường là phương tiện phát hiện đầu tiên nhưng độ đặc hiệu thấp. Hình ảnh điển hình là các khối giảm âm, đồng nhất hoặc vôi hóa nhẹ,

tương tự u xơ tử cung. Tuy nhiên, hạn chế của siêu âm là khó đánh giá toàn diện ổ bụng và dễ bỏ sót các tổn thương nhỏ nằm sâu.

CLVT: Có giá trị trong việc đánh giá số lượng, vị trí và mối liên quan với các tạng lân cận. Đặc điểm quan trọng để hướng tới LPD trên CLVT là các khối ngấm thuốc đồng nhất tương tự cơ tử cung, không xâm lấn mô xung quanh. Theo một số y văn cho thấy với các khối LPD thường không gây hiệu ứng khối chèn ép tắc ruột dù kích thước lớn⁷. Tuy nhiên, trong trường hợp có kết hợp lạc nội mạc tử cung, hoặc khối u lớn có thể có hình ảnh ngấm thuốc không đồng nhất do thoái hóa, hoại tử bên trong, khi đó đòi hỏi phải chẩn đoán phân biệt với ung thư phúc mạc¹⁰.

Trên MRI, theo y văn cho thấy các khối LPD thường có tín hiệu trung gian trên T1W và giảm tín hiệu trên T2W (tương tự cơ tử cung/u xơ), ngấm thuốc mạnh và đồng nhất sau tiêm. Hình ảnh giảm tín hiệu trên T2W giúp phân biệt LPD với các khối u ác tính (thường tăng tín hiệu trên T2W do phù nề/hoại tử). Khi khối u có tăng tín hiệu trên ảnh T2W kèm hạn chế khuếch tán thì nên đặt ra việc chẩn đoán phân biệt với u ác tính dựa vào mô bệnh học⁷.

Chẩn đoán phân biệt là phần quan trọng nhất đối với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh để tránh hướng

điều trị sai lầm (như hóa trị không cần thiết) ^{6,11}. Các chẩn đoán phân biệt nên được bao gồm: Carcinoma phúc mạc: Các nốt thường nhỏ hơn, bờ không đều, xu hướng hợp lưu tạo mảng, thường kèm dịch cổ trướng và hạch to. U mô đệm đường tiêu hóa (GIST): GIST di căn phúc mạc thường có nguồn gốc từ dạ dày/ruột non. Khối u thường lớn, ranh giới rõ nhưng hay hoại tử, chảy máu bên trong. Chẩn đoán xác định nên dựa vào mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, trong đó CD117 và DOG1 là các dấu ấn quan trọng. U trung mô phúc mạc ác tính (Peritoneal Mesothelioma): thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử phơi nhiễm amiang, hay gặp dày phúc mạc dạng mảng hơn là khối, và thường kèm nhiều dịch ổ bụng.

Với ca này, chúng tôi thực hiện siêu âm và CLVT mà không chụp MRI, vì siêu âm là phương pháp theo dõi đầu tay, khi phát hiện các khối u vùng tiểu khung nên đòi hỏi phải đánh giá toàn ổ bụng, CLVT là phương pháp đáp ứng được điều đó. Còn MRI không thực hiện do bệnh nhân này được hội chẩn và hội đồng thống nhất phẫu thuật thăm dò để lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học ngay. Sau khi phẫu thuật thăm dò và có chẩn đoán xác định, bệnh nhân ổn định và được khuyến nghị theo dõi định kỳ siêu âm 6 tháng một lần.

Vấn đề "Bỏ sót tổn thương" hay "Tiến triển nhanh"? Ở bệnh nhân này, việc siêu âm 3 tháng sau cắt tử cung (cách thời điểm phát hiện 9 tháng) không thấy khối u đặt ra câu hỏi thú vị. Tuy nhiên, ở ca này chúng tôi không có đủ bằng chứng để khẳng định, có thể đưa ra giả thiết là các "mầm" u đã tồn tại dạng vi thể hoặc kích thước rất nhỏ (< 1cm) nằm lẫn trong mạc nối/ruột nên siêu âm khó phát hiện. Sau khi cắt tử cung, buồng trứng vẫn hoạt động, nồng độ estrogen vẫn duy trì, các nhân này phát triển kích thước nhanh chóng trong vòng một năm.

Bài học kinh nghiệm đối với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh từ ca bệnh này là siêu âm cần khảo sát kỹ toàn bộ ổ bụng chứ không chỉ khu trú hố chậu ở bệnh nhân có tiền sử mổ nghiến u xơ. Khi phát hiện các khối vùng tiểu khung thì LPD cần được đưa vào chẩn đoán phân biệt và xác định bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.

IV. KẾT LUẬN

LPD là bệnh lý lành tính hiếm gặp nhưng có biểu hiện hình ảnh dễ nhầm với các bệnh lý ác tính phúc mạc. Khi gặp hình ảnh nhiều khối đặc vùng tiểu khung ở phụ nữ có tiền sử phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có nghi ngờ bệnh phẩm, cần đưa LPD vào chẩn đoán phân biệt và xác định bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.

Đồng thuận công bố ca bệnh và đạo đức nghiên cứu

Tất cả các tác giả đều đóng góp và phê duyệt phiên bản cuối cùng của bản thảo.

Tất cả các thông tin và hình ảnh từ ca bệnh này đã được ẩn danh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Talib A, Tulandi T (2010) *Pathophysiology and possible iatrogenic cause of leiomyomatosis peritonealis disseminata*. Gynecol Obstet Invest 69(4):239-244. doi:10.1159/000274487
2. Willson JR, Peale AR (1952) *Multiple Peritoneal Leiomyomas Associated with a Granulosa-Cell Tumor of the Ovary**. American Journal of Obstetrics and Gynecology 64(1): 204-208. doi:10.1016/S0002-9378(16)38757-9
3. Lu B, Xu J, Pan Z (2016) *Iatrogenic parasitic leiomyoma and leiomyomatosis peritonealis disseminata following uterine morcellation*. J Obstet Gynaecol Res 42(8): 990-999. doi:10.1111/jog.13011
4. Yoshino Y, Yoshiki N, Nakamura R, Iwahara Y, Ishikawa T, Miyasaka N (2020) *Large leiomyomatosis peritonealis disseminata after laparoscopic myomectomy: A case report with literature review*. Int J Surg Case Rep 77: 866-869. doi:10.1016/j.ijscr.2020.12.005
5. Usenko O, Sydiuk A, Voitiv Y, Varga A, Popov O, Makarov V (2024) *Disseminated peritoneal leiomyomatosis after laparoscopic myomectomy – A case report*. Int J Surg Case Rep 122: 110185. doi:10.1016/j.ijscr.2024.110185
6. Van der Meulen J, Pijnenborg J, Boomsma C, Verberg M, Geomini P, Bongers M (2016) *Parasitic myoma after laparoscopic morcellation: a systematic review of the literature*. BJOG: An

- International Journal of Obstetrics & Gynaecology 123(1):69-75. doi:10.1111/1471-0528.13541
7. Izi Z, Outznit M, Cherraqi A, Tbouda M, Billah NM, Nassar I (2023) *Disseminated peritoneal leiomyomatosis: A case report*. Radiol Case Rep 18(6): 2237-2240. doi:10.1016/j.radcr.2023.03.022
8. Soni S, Pareek P, Narayan S (2020) *Disseminated peritoneal leiomyomatosis: An unusual presentation of intra-abdominal lesion mimicking disseminated malignancy*. Med Pharm Rep 93(1): 113-116. doi:10.15386/mpr-1421
9. Julien C, Bourgouin S, Boudin L, Balandraud P (2019) *Disseminated Peritoneal Leiomyomatosis*. Journal of Gastrointestinal Surgery 23(3):605-607. doi:10.1007/s11605-018-3841-7
10. Parmar J, Mohan C, Hans D, Vora M (2017) *A Diagnostic Dilemma of Recurrent Disseminated Peritoneal Leiomyomatosis with Hypertrophied Omental Vessels: Imaging and Embolization of Omental Branches with Positive Outcome*. Case Rep Obstet Gynecol: 8427240. doi:10.1155/2017/8427240
11. Chen X, Liu H, Shi H, Fan Q, Sun D, Lang J (2021) *Leiomyomatosis Peritonealis Disseminata Following Laparoscopic Surgery With Uncontained Morcellation: 13 Cases From One Institution*. Front Surg 8: 788749. doi:10.3389/fsurg.2021.788749