

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP U CƠ TRON TỬ CUNG LÀNH TÍNH DI CĂN VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

**Trần Châu Phương Anh*, Vũ Thị Minh Giang, Lê Bùi An Huy,
Trần Nguyễn Mỹ Nga, Trần Trí Dũng**

TÓM TẮT

U cơ trơn tử cung lành tính di căn (BML) là một bệnh lý cực kỳ hiếm gặp, đặc trưng bởi sự xuất hiện của các khối u cơ trơn lành tính bên ngoài tử cung, thường gặp nhất ở phổi, hạch bạch huyết, phúc mạc và xương. BML với tính chất di căn tạo nên thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân nữ 44 tuổi có tổn thương thành bụng kích thước 5 cm, được xác định là khối u cơ trơn lành tính, cùng với nhiều nốt di căn hai bên phổi và phúc mạc. Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt hai buồng trứng và một phần sang thương phúc mạc, sau đó theo dõi.

Từ khóa: U cơ trơn tử cung lành tính di căn.

A CASE REPORT OF BENIGN METASTASIZING LEIOMYOMA

ABSTRACT

Benign metastasizing leiomyoma (BML) is an extremely rare condition characterized by the presence of benign smooth muscle tumors outside the uterus, most commonly in the lungs, lymph nodes, peritoneum, and bones. Despite its benign histological nature, BML exhibits metastatic behavior, posing diagnostic and therapeutic challenges. We report the case of a 44-year-old female presenting with a 5-cm abdominal wall lesion confirmed as a benign smooth muscle tumor, along with multiple bilateral pulmonary and peritoneal metastatic nodules. The patient subsequently underwent bilateral oophorectomy and excision of part of the peritoneal lesions, followed by active surveillance.

Keywords: Benign metastasizing leiomyoma.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn tử cung (hay còn gọi là u xơ/nhân xơ tử cung) là khối u lành tính thường gặp nhất ở phụ

nữ trong độ tuổi sinh sản với nguồn gốc từ các tế bào cơ trơn của tử cung. Trái ngược với niềm tin chung rằng khối u lành tính không di căn,

Bệnh viện Ung bướu TP. HCM

*Chịu trách nhiệm chính: Trần Châu Phương Anh

Email: phuonganh.71199@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 18/11/2025

Ngày chấp nhận đăng: 01/12/2025

Steiner đã báo cáo trường hợp đầu tiên về u cơ trơn tử cung lành tính di căn vào năm 1939. Thuật ngữ U cơ trơn tử cung lành tính di căn (Benign metastasizing leiomyoma - BML) được sử dụng để mô tả sự hiện diện các tổn thương dạng cơ trơn tử cung lành tính ở các vị trí ngoài tử cung với sự tồn tại đồng thời hoặc đã cắt bỏ u cơ trơn tử cung trước đó [1]. BML thường xảy ra nhất ở phổi, kế đến là hệ bạch huyết, tim, xương [2]. Độ tuổi xuất hiện BML trung bình 47,3, khoảng sau 10 năm kể từ chẩn đoán u cơ trơn tử cung đầu tiên. Các khối u BML không có triệu chứng đặc hiệu, các triệu chứng thường mơ hồ và bệnh nhân phát hiện BML thông qua thăm khám tình cờ. Điều trị BML chưa có phác đồ chuẩn, các khuyến cáo được đưa ra bao gồm: Phẫu thuật, điều trị nội tiết hoặc theo dõi, dựa trên diễn tiến chậm chạp của bệnh. Tiên lượng bệnh tương đối tốt.

Chúng tôi xin báo cáo 1 trường hợp u cơ trơn tử cung di căn phổi, phúc mạc tại Bệnh viện Ung Bướu, Thành phố Hồ Chí Minh.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Hành chánh: Bệnh nhân nữ, 44 tuổi, nhập viện vì khối u bụng hạ vị lệch phải.

Tiền căn: U cơ trơn tử cung (2015) đã phẫu thuật bóc u; U cơ trơn tử cung (2019) đã phẫu thuật mổ hở cắt tử cung, chừa hai phần phụ. Kết quả mô bệnh học phù hợp u cơ trơn tử cung lành tính.

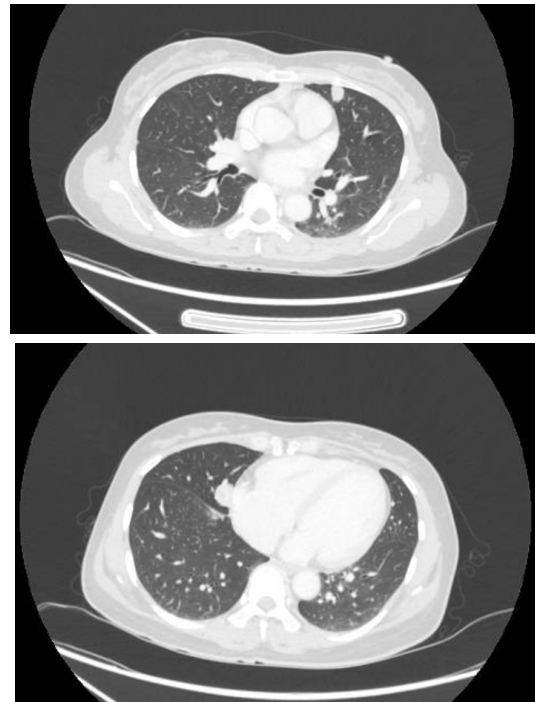
Tháng 9/2023, bệnh nhân tự sờ thấy khối vùng bụng dưới phải to dần, kèm đau âm ỉ vùng hạ vị nên đi khám tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

Khám lâm sàng: Khối thành bụng hạ vị lệch phải kích thước 3×3 cm và khối thành bụng hạ vị lệch trái kích thước 2×2 cm chắc, không di động, không đau, vết mổ cũ ngay nếp bẹn khô lành tốt. Chưa ghi nhận bất thường tại các cơ quan khác.

Cận lâm sàng: Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực

ghi nhận đa nốt phổi - màng phổi 2 bên, giới hạn rõ, bắt thuốc cản quang sau tiêm, kích thước lớn nhất 24 mm. Chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu ghi nhận khối tổn thương vùng chậu kích thước 60×70 mm nghi tổn thương tái phát vùng chậu, vài nốt tổn thương rải rác thành bụng vùng đầu mổ cũ và trong ổ bụng vùng hạ vị kích thước lớn nhất 26 mm bắt thuốc tương phản mạnh.

Bệnh nhân được sinh thiết trọn bướu thành bụng kích thước 5 cm, kết quả chỉ thấy bướu cơ trơn lành tính, nghi bướu cơ trơn tử cung lành tính di căn.



Hình 1. Tổn thương di căn phổi - màng phổi của bệnh nhân tại thời điểm nhập viện.

Chẩn đoán: Bướu cơ trơn tử cung lành tính tái phát, lan tràn ổ bụng, di căn phổi hai bên.

Điều trị: Bệnh nhân được cắt 2 buồng trứng và sinh thiết bướu gieo rắc ổ bụng vào ngày 30/11/2023. Giải phẫu bệnh sau mổ (Mã số 23GT31254) là bướu cơ trơn tử cung lành tính,

di căn. Các tổn thương dạng nốt rải rác phức tạp thành bụng và tổn thương di căn đa nốt tại phổi, màng phổi không can thiệp thêm. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được xuất viện theo dõi.

3. BÀN LUẬN

Dịch tễ học

U cơ trơn lành tính di căn là một bệnh lý hiếm gặp. Cho đến nay, có hơn 160 trường hợp lâm sàng được báo cáo trên y văn với lâm sàng đa dạng. Hầu hết phụ nữ mắc bệnh đều có tiền sử cắt bỏ u xơ tử cung/cắt bỏ tử cung ở độ tuổi trung bình là 38,5 và sau trung bình 10 năm được chẩn đoán mắc BML. Cách thức phẫu thuật không có sự khác biệt về nguy cơ tiến triển thành BML[3]. Di căn có thể xảy ra ở nhiều vị trí khác nhau, trong đó phổi là vị trí được báo cáo phổ biến nhất (80%). Khoảng 53% bệnh nhân có di căn ở nhiều vị trí [2].

Bệnh sinh

Có nhiều giả thuyết liên quan đến quá trình sinh bệnh học [4-7]. Giả thuyết được ủng hộ nhiều nhất là do phát tán tế bào cơ trơn trong quá trình phẫu thuật cắt u cơ trơn tử cung. Một số giả thuyết khác bao gồm sự chuyển dạng - dị sản của trung mô biểu mô tại các khoang cơ thể thành tế bào sợi cơ dưới sự thúc đẩy của nội tiết; đột biến đơn dòng của dòng sinh dưỡng của các tế bào cơ trơn tại cơ quan khác; biệt hóa từ tế bào gốc đa năng trong ung thư hệ tạo huyết hoặc u cơ trơn tử cung ban đầu là khối u leiomyo-sarcoma biệt hóa thấp.

Lâm sàng

Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng và di căn được phát hiện vô tình qua chẩn đoán hình ảnh hoặc xét nghiệm thường quy [2]. Những bệnh nhân còn lại có các triệu chứng từ nhẹ đến nặng do tổn thương phổi hoặc di căn ở các vị trí khác.

Đối với ổ di căn ở phổi, triệu chứng thường gặp như ho, khạc đàm, tức ngực, đau ngực, khó

thở, ho ra máu hoặc suy hô hấp[7]. Với các tổn thương nằm ở cột sống, bệnh nhân có tình trạng đau kèm dị cảm do tổn thương hủy xương và chèn ép tủy sống [7]. Với di căn phức tạp thành bụng có thể sờ được u dưới lớp da bụng ở những bệnh nhân gầy.

Hình ảnh học

Hình ảnh học chẩn đoán BML trên X-quang, siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ không đặc hiệu [2]. X-quang ngực thẳng cho hình ảnh di căn phổi là đa nốt đặc lan tỏa chiếm 87% trường hợp (70% ở hai bên phổi và 17% một bên phổi), hoặc nốt đơn độc ở 13% trường hợp [7]. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có cản quang cho hình ảnh các nốt có đậm độ tương tự mô, thường tập trung thành nhiều đám dạng bông ngô, giới hạn rõ với nhu mô phổi lành [5]. Hiếm gặp hơn có thể là tổn thương dạng nang hoặc tạo hang không kèm theo tràn dịch màng phổi hoặc hạch trung thất dạng di căn. Với di căn cột sống cho hình ảnh hủy xương hoặc khối tổn thương chèn ép vào tủy sống. Các khối di căn trong ổ bụng cho hình ảnh gợi ý tổn thương giảm đậm độ có kèm tăng sinh mạch máu bên trong khối u.[8] PET CTscan hữu ích trong chẩn đoán phân biệt BML với các u ác tính khác, do BML hấp thụ 18-fluorodeoxyglucose (18-FDG) thấp hơn với SUV trung bình khoảng 2,2 tương tự mức độ hấp thụ sinh lý của mô. Chỉ có khoảng 8,3% trường hợp được báo cáo là có mức hấp thụ tương đương ác tính và chỉ có 1 trường hợp trong số đó được báo cáo là chuyển dạng ác tính.

Mô bệnh học và hóa mô miễn dịch

Chẩn đoán BML về mặt lâm sàng và hình ảnh học có nhiều hạn chế, do đó việc có được giải phẫu bệnh là bước tiến quan trọng trong việc điều trị BML. Các đặc điểm về hình thái, phân tử và hoá mô miễn dịch của BML đặc trưng bởi hình ảnh tế bào cơ trơn tử cung lành tính (các tế bào sợi cơ hình thoi xếp thành bó hoặc đan chéo nhau, nhân có hình điệu xì gà, không có hình ảnh phân

bào bất thường hoặc dị dạng về hình thái học) [7]. Hóa mô miễn dịch của BML dương tính với các chỉ dấu cơ trơn, thụ thể nội tiết (ER, PR) và có chỉ số phân bào thấp thường ở mức <1-5%, giải thích cho tính đồng nhất về ổ di căn và khối u nguyên phát tại tử cung với tiến triển chậm chạp và tiềm năng ác tính thấp. Dương tính với các chỉ dấu SMA, Desmin, Calponin, Vimentin ủng hộ nguồn gốc trung mô biệt hóa hướng cơ trơn. Bên cạnh đó, BML được cho là có mối liên hệ với Estrogen và Progesterone vì nguồn gốc phụ khoa của bệnh với Estrogen là hormone thúc đẩy tăng sinh khối u. Một số trường hợp được báo cáo âm tính với thụ thể nội tiết, cho thấy BML có thể phát sinh từ tế bào trung mô hoặc tế bào gốc toàn năng chuyển dạng tại bất kỳ khoang cơ thể mà không phải do gieo rắc từ u nguyên phát tử cung hoặc có sự điều hòa giảm hai thụ thể này [5]. Nghiên cứu về gen và nhiễm sắc thể trong bệnh lý BML ít được nghiên cứu do giới hạn bởi mẫu, tuy nhiên hầu hết các tài liệu báo cáo đều cho thấy tính chất đơn dòng của các ổ di căn. Phân tích độ dài telomerase không có sự rút ngắn trên bộ gen của khối di căn, cho thấy tiềm năng di căn do tăng sinh ác tính là không có.

Ở bệnh nhân này, mẫu sinh thiết bụng được nhuộm hóa mô miễn dịch ghi nhận SMA và Caldesmon dương tính, biểu hiện nguồn gốc cơ trơn, bên cạnh đó chỉ số tăng sinh Ki67 chỉ đạt 1%, gợi ý khuynh hướng tăng sinh chậm rãi, lành tính của bệnh.

Điều trị

Chưa có hướng dẫn điều trị chuẩn cho điều trị BML. Vì các tổn thương di căn sau khi cắt tử cung hoặc cắt u xơ tử cung hiếm gặp và thường được phát hiện sau nhiều năm (vài tháng đến hơn 30 năm) và tốc độ phát triển của các khối u này chậm chạp, một số tác giả đề xuất theo dõi sát và kéo dài để phát hiện sớm tái phát hoặc di căn xa. Điều trị nội tiết là điều trị được lựa chọn dựa trên tính phụ thuộc Estrogen của khối u. Bằng cách

giảm nồng độ Estrogen lưu hành, khối u có khả năng tự thoái triển hoặc ngừng phát triển. Các liệu pháp được đề cập bao gồm thuốc đồng vận GnRH, thuốc điều hòa thụ thể Estrogen (SERMs), thuốc đối kháng thụ thể Estrogen, thuốc ức chế men Aromatase hoặc phẫu thuật cắt hai buồng trứng. Với các tổn thương di căn lớn kèm ảnh hưởng chức năng cơ quan, phẫu thuật cắt bỏ triệt để hoặc giảm tổng khối lượng bướu là phương pháp được lựa chọn bên cạnh điều trị nội tiết. Với phụ nữ trẻ trong giai đoạn sinh sản, điều trị phẫu thuật đơn độc hoặc theo dõi cũng có thể lựa chọn [9].

Ở bệnh nhân của chúng tôi, sau khi tham vấn kỹ lưỡng về các phương pháp điều trị, bệnh nhân mong muốn can thiệp phẫu thuật tối thiểu, không sử dụng liệu pháp nội tiết, do vậy, bệnh nhân được điều trị cắt hai buồng trứng.

Tiên lượng

Tiên lượng của BML tương đối tốt. Trong một báo cáo hàng loạt ca gồm 10 bệnh nhân, thời gian sống trung bình là 94 tháng sau khi cắt bỏ các tổn thương phổi (dao động từ 7 đến 101 tháng) và chỉ có một bệnh nhân tử vong do các biến chứng liên quan đến BML [10]. Tại thời điểm báo cáo ca bệnh này, bệnh nhân chưa ghi nhận các triệu chứng nặng hơn của cơ quan di căn, đồng thời các tổn thương hiện ổn định.

4. KẾT LUẬN

U cơ trơn tử cung di căn (BML) là căn bệnh tương đối hiếm gặp với các triệu chứng mơ hồ và chưa có thống nhất trong điều trị. Bệnh thường khởi phát muộn và không có yếu tố nguy cơ rõ ràng. Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán BML, đặc biệt cần thêm sự hỗ trợ của hóa mô miễn dịch để phân biệt với các nhóm bệnh khác. Điều trị còn hạn chế, chưa thống nhất, với nền tảng chính là dựa trên cơ sở cắt nội tiết và cân nhắc giảm tổng bướu tối đa nếu có thể. Tiên lượng bệnh tương đối tốt với tỉ lệ biến chứng liên quan tử vong ở mức rất thấp.

5. KHUYẾN NGHỊ

Chẩn đoán BML nên được đưa kết luận sau khi có sự xác nhận của các phương tiện hóa mô miễn dịch hoặc sinh học phân tử, cần cần trọng phân biệt các vị trí di căn với u ác nguyên phát. Các lựa chọn điều trị BML nên được cá nhân hóa theo tình trạng bệnh, mức độ lan tràn, bối cảnh sản khoa và mong muốn của người bệnh. Việc theo dõi cần sát sao trong thời gian đầu và kéo dài khoảng cách dần ở các lần sau, với phương tiện theo dõi tối ưu vẫn là chụp cắt lớp vi tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. A.O. Awonuga, V.I. Shavell, A.N. Imudia, M. Rotas, M.P. Diamond, E.E. Puscheck, Pathogenesis of Benign Metastasizing Leiomyoma, *Obstetrical & Gynecological Survey* 65(3) (2010) 189-195.
- [2]. A. Chouchane, S. Boughizane, M. Nouria, S. Remadi, Benign Metastasizing Leiomyoma: New insights into a rare disease with an obscure etiopathogenesis, *Diagnostic Pathology* 19(1) (2024).
- [3]. S.J. Robboy, E. Barnaś, M. Książek, R. Raś, A. Skręt, J. Skręt-Magierło, E. Dmoch-Gajzlerska, Benign metastasizing leiomyoma: A review of current literature in respect to the time and type of previous gynecological surgery, *Plos One* 12(4) (2017).
- [4]. X. Yuan, Y. Sun, Y. Jin, L. Xu, H. Dai, J. Wang, Z. Zhang, X. Chen, Multiple organ benign metastasizing leiomyoma: A case report and literature review, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 45(10) (2019) 2132-2136.
- [5]. T. Tong, Q. Fan, Y. Wang, Y. Li, Benign metastasizing uterine leiomyoma with lymphatic and pulmonary metastases: a case report and literature review, *BMC Women's Health* 23(1) (2023).
- [6]. M.E. Wojtyś, O. Kacalska-Janssen, K. Ptasiński, P. Lisowski, M. Kunc, J. Wójcik, T. Grodzki, Benign Metastasizing Leiomyoma of the Lung: Diagnostic Process and Treatment Based on Three Case Reports and a Review of the Literature, *Biomedicine* 10(10) (2022).
- [7]. A. Piórek, A. Płuzański, P. Wiśniewski, S. Tabor, K. Winiarczyk, M. Knetki-Wróblewska, D.M. Kowalski, M. Krzakowski, Pulmonary Benign Metastasizing Leiomyoma in a Postmenopausal Woman: A Case Report and Review of the Literature, *Diseases* 12(8) (2024).
- [8]. J. Hu, S. Tian, Q. Pan, Y. Yu, Multiple benign metastasizing leiomyoma in the abdominal wall: a case report and literature review, *Frontiers in Oncology* 14 (2024).
- [9]. K. Nasu, A. Tsuno, N. Takai, H. Narahara, A case of benign metastasizing leiomyoma treated by surgical castration followed by an aromatase inhibitor, anastrozole, *Archives of Gynecology and Obstetrics* 279(2) (2008) 255-257.
- [10]. [10] K. Kayser, S. Zink, T. Schneider, H. Dienemann, S. André, H. Kaltner, M.-P. Schüring, Y. Zick, H.-J. Gabius, Benign metastasizing leiomyoma of the uterus: documentation of clinical, immunohistochemical and lectin-histochemical data of ten cases, *Virchows Archiv* 437(3) (2000) 284-292.