



BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: U QUÁI BUỒNG TRỨNG XOẮN ĐẾN MUỘN - BÀI HỌC TỪ CHẨN ĐOÁN BỊ BỎ SÓT

Case report: Missed torsion of ovarian teratoma - lesson from misdiagnosis

Ngô Thị Ngọc Minh, Lê Văn Khăng***

SUMMARY

Torsion of ovarian teratoma is a common and severe complication of ovarian teratoma [1]. Diagnostic imaging plays an important role in determining diagnosis and facilitate early treatment for the patients. Emergency surgery is performed to remove the tumor to avoid the risk of toxicity due to tumor necrosis and tumor rupture causing seeding tumor tissue into the peritoneum [2]. However, a small number of ovarian teratoma torsion develop slowly with atypical clinical symptoms and radiology features, causing difficulties in diagnosis and treatment for the patients. We report a case of a torsion of ovarian teratoma that was misdiagnosed as a liposarcoma on computed tomography. The patient was admitted to the hospital with nonspecific clinical symptoms and was re-diagnosed by MRI, a laparoscopic surgery was conducted to completely remove the ovarian dermoid cyst. A multimodality and multidisciplinary diagnostic approach may help reduce diagnostic confusion.

Keywords: Ovarian teratoma, torsion, liposarcoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

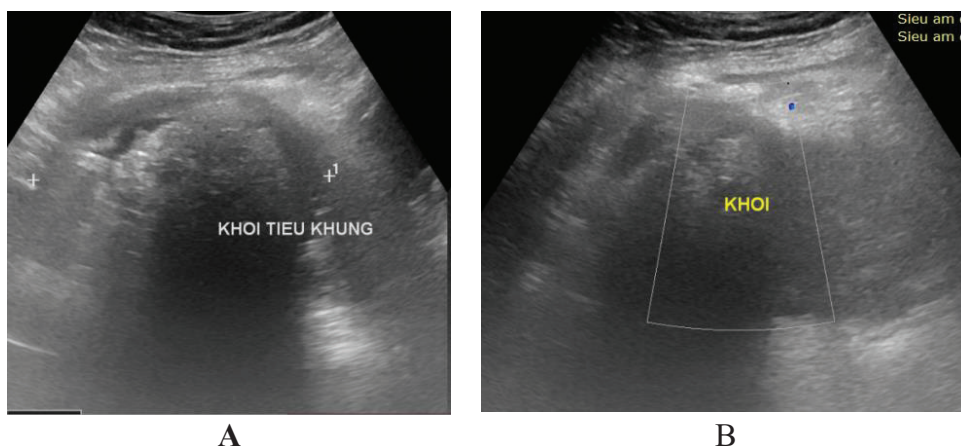
U nang bì buồng trứng hay còn gọi là u quái trưởng thành, là một trong những khối u buồng trứng lành tính phổ biến nhất [3]. U nang bì có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu ở phụ nữ trẻ (dưới 40 tuổi) [4]. Khối u ít gây triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ [5]. Các biến chứng như xoắn, vỡ, chuyển dạng ác tính có thể xuất hiện khi kích thước khối u lớn [1,2]... Biến chứng xoắn u buồng trứng khá thường gặp với bệnh cảnh đau bụng vùng hạ vị cấp tính¹. Tuy nhiên số ít trường hợp u nang bì buồng trứng xoắn có thể đến gặp bác sĩ với triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu dẫn đến chẩn đoán nhầm lẫn và bị trì hoãn điều trị phẫu thuật cần thiết. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo ca sàng về một bệnh nhân đã mãn kinh có khối u nang bì buồng trứng xoắn đến muộn được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bạch Mai.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 77 tuổi, tiền sử tăng huyết áp 10 năm, phẫu thuật cắt thận phải cách 18 năm do bệnh sỏi thận, cách vào viện 12 ngày xuất hiện đau bụng vùng hạ vị và vùng chậu, đau âm ỉ tăng dần, đau tăng lên khi vận động, đại tiểu tiện khó, sốt nhẹ (cao nhất 38,7 độ), gày sút 2kg/tuần. Bệnh nhân đi khám tại phòng khám nhỏ phát hiện khối không đồng nhất vùng tiểu khung và được chuyển đến bệnh viện chuyên khoa ung bướu. Tại bệnh viện ung bướu bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CT) và kết quả nghĩ đến một khối liposarcoma, sau đó bệnh nhân chuyển đến bệnh viện chúng tôi để khám chuẩn bị trước phẫu thuật cắt khối u. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân tỉnh táo, da niêm mạc bình thường, vùng hạ vị chướng nhẹ, khám sờ thấy khối cứng chắc vùng hạ vị, ấn đau. Bệnh nhân được tiến hành siêu âm ổ bụng (Hình 1) phát hiện khối hỗn hợp âm vùng tiểu khung, không tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler màu, thâm nhiễm mỡ xung quanh.

* Học viên Bệnh viện Bạch Mai

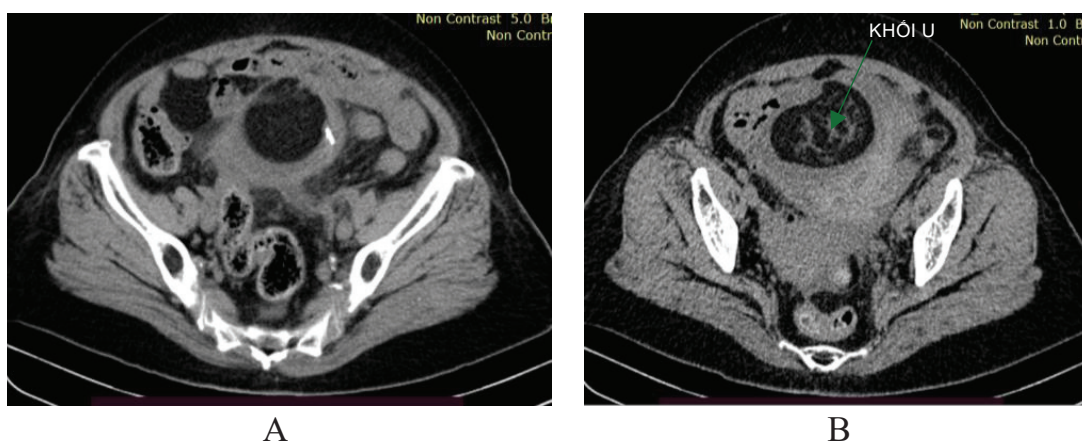
** Trung tâm Điện quang- Bệnh viện Bạch Mai



Hình 1. Hình ảnh siêu âm ổ bụng của bệnh nhân: Khối hỗn hợp âm vùng tiểu khung, ranh giới rõ, thâm nhiễm mỡ xung quanh (A), không thấy tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler màu (B).

Tiếp đó, bệnh nhân được tiến hành chụp cắt lớp vi tính ổ bụng không tiêm thuốc cản quang và nhận thấy vùng tiểu khung có khối tỷ trọng hỗn hợp, bên trong có phần tỷ

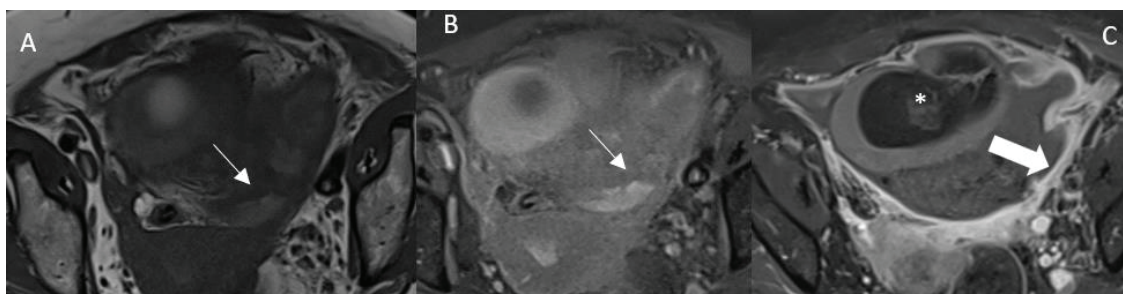
trọng mỡ, vôi hoá và thành phần tăng tỷ trọng tự nhiên. Vùng ngoại vi có dấu hiệu thâm nhiễm mỡ xung quanh. Phim chụp CT không thấy hình ảnh cuống xoắn điển hình.



Hình 2. Hình ảnh phim chụp CLVT ổ bụng của bệnh nhân: Khối vùng tiểu khung, có phần tỷ trọng mỡ, vôi hóa, vùng ngoại vi tăng tỷ trọng trước tiêm dạng chảy máu, thâm nhiễm mỡ xung quanh.

Sau cùng, bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) tiểu khung cho thấy một khối tín hiệu hỗn hợp bao gồm thành phần có phần tín hiệu mỡ (tăng tín hiệu trên chuỗi xung T1W và giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W Fatsat – T1FS), thành phần tăng tỷ trọng tự nhiên trên CLVT được xác nhận là thành phần máu (tăng tín hiệu trên T1W và T1FS). Không thấy vùng hạn chế khuếch tán trên chuỗi xung DWI/ADC. Hình ảnh sau tiêm thuốc cho thấy rõ thành phần bên trong khối u không ngấm thuốc mà chỉ có viền ngấm thuốc mỏng quanh u.

Thâm nhiễm mạnh tổ chức mỡ xung quanh. Trường hợp của chúng tôi không ghi nhận dấu hiệu xoáy nước trên hình ảnh siêu âm, CT và MRI dẫn đến quá trình chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Dữ liệu hình ảnh CT và MRI này cũng phần nào giải thích được sự nhầm lẫn từ cơ sở trước vì khối này có một số đặc điểm hình ảnh trên CT của liposarcoma: Chứa cả phần tỷ trọng tổ chức đặc, tổ chức mỡ, có dấu hiệu thâm nhiễm và ngấm thuốc đối quang.

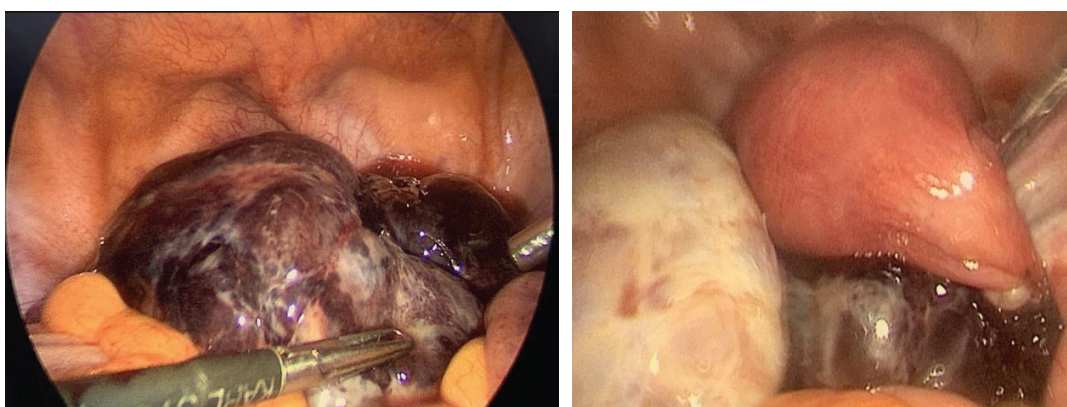


Hình 3.Vùng chảy máu tăng tín hiệu trên T1W và T1WFS (mũi tên nhỏ hình 3A, 3B). Viêm ngấm thuốc ngoại vi (mũi tên lớn), vùng tín hiệu mỡ (*), thành phần trong khối không ngấm thuốc (hình 3C).

Từ các dữ liệu lâm sàng và các phương tiện hình ảnh, bệnh nhân được hội chẩn và hướng nhiều tới khối u nang bì buồng trứng xoắn đến muộn. Triệu chứng sút cân và sốt nhẹ thoáng qua có thể là triệu chứng của nhiễm độc do xoắn buồng trứng bị trì hoãn phẫu thuật thay vì là dấu hiệu toàn thân của khối u ác tính. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, mở ổ bụng thấy khối u buồng trứng trái xoắn, màu tím đen do hoại tử (Hình 4), sau đó được tiến hành cắt bỏ buồng trứng trái, lấy mẫu phúc mạc túi

cùng Douglas để loại trừ tổn thương thâm nhiễm u.

Kết quả giải phẫu bệnh của khối u buồng trứng là khối teratoma xoắn hoại tử và xuất huyết, có phản ứng xơ hóa, tổn thương phúc mạc là tổn thương xơ viêm mạn tính. Bệnh nhân hồi phục phẫu thuật tốt sau phẫu thuật và được xuất viện về nhà sau 7 ngày phẫu thuật. Siêu âm ổ bụng kiểm tra lại sau 2 tuần phẫu thuật cho thấy không phát hiện khối bất thường vùng tiểu khung.



Hình 4. Hình ảnh đại thể của khối u nang bì buồng trứng trái xoắn, màu đen của hoại tử và xuất huyết

III. BÀN LUẬN

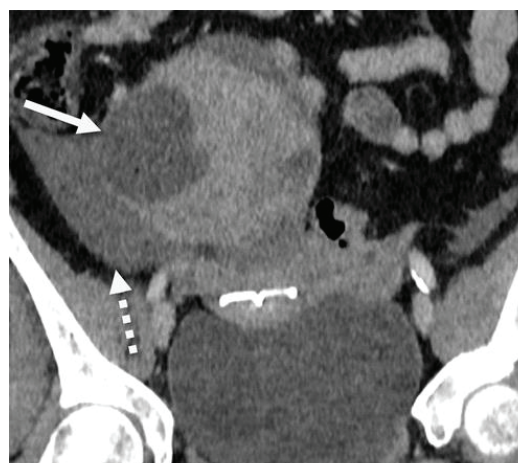
U quái buồng trứng là loại u buồng trứng xuất phát từ tế bào mầm hay gặp nhất. Lâm sàng có thể gặp ba thể mô học là u quái trưởng thành, u quái chưa trưởng thành và thể u quái từ một lớp tế bào mầm (monodermal teratoma) [6]. U quái buồng trứng thường phát triển chậm và triệu chứng nghèo nàn nên thường được chẩn đoán muộn, một số nghiên cứu cho thấy nó có thể phát triển

từ 1,8 đến 4mm mỗi năm [7], [8]. Một số biến chứng có thể gặp như xoắn (16%), chuyển dạng ác tính (2%), vỡ (1-2%) và nhiễm trùng (1%) [4], [9–11]. Xoắn buồng trứng xảy ra do sự xoắn của dây chằng treo nối buồng trứng và cuống mạch máu của nó với thành bên khung chậu. Trong y văn, nên cắt bỏ những khối u lớn hơn 10cm vì nguy cơ xoắn, chuyển dạng ác tính. Hơn nữa, người ta cho rằng khối u nang bì buồng trứng đường kính khoảng 5cm ở phụ nữ tiền mãn kinh cần phải phẫu thuật cắt bỏ,

nhưng khối u nhỏ hơn cần được cắt bỏ ở phụ nữ sau mãn kinh vì nguy cơ chuyển dạng ác tính cao hơn [8]. Một nghiên cứu của tác giả Prueksaritanond tại Thái Lan (2020) theo dõi dọc trên 571 khối u quái trưởng thành trong vòng 12 năm cho thấy tỉ lệ chuyển dạng ác tính lên tới 7%, trong đó bệnh nhân có chuyển dạng ác tính có độ tuổi lớn hơn có ý nghĩa với nhóm không thấy chuyển dạng ác tính (48,4 tuổi so với 37,5 tuổi, $p < 0,001$). Một nghiên cứu khác của Rim và cs (2006) ở 11 ca chuyển dạng ác tính của teratoma buồng trứng cũng ghi nhận chủ yếu ở người sau mãn kinh, độ tuổi trung bình là 50,6 tuổi.

Ca lâm sàng này là một tình huống lâm sàng khó định hướng chẩn đoán về mặt lâm sàng: Thứ nhất, bệnh nhân không có biểu hiện đau bụng dữ dội mà đau âm ỉ tới 12 ngày, trong khi xoắn buồng trứng thường gây đau bụng dữ dội và bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu rất nhanh chóng. Thứ hai là yếu tố về tuổi, xoắn teratoma thường hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản hơn là độ tuổi mãn kinh, trường hợp của chúng tôi là 77 tuổi. Bên cạnh đó, bệnh nhân có biểu hiện sốt nhẹ và sút cân, đây là những biểu hiện thường gặp ở nhóm bệnh lý ác tính hoặc nhiễm trùng hơn là bệnh lý xoắn buồng trứng. Đặc điểm hình ảnh của tổn thương cũng gây khó khăn và nhầm lẫn đối với nhà chẩn đoán hình ảnh. Thông thường bệnh lý xoắn buồng trứng được chẩn đoán xác định bằng siêu âm cấp cứu với hình ảnh buồng trứng mất hoặc giảm tín hiệu mạch, có thể quan sát thấy cuống xoắn. Tuy nhiên bệnh nhân cơ địa béo, lớp mỡ bụng dày, khối lớn tiểu khung gây hạn chế thăm khám bằng siêu âm. Chỉ định CLVT ổ bụng được đưa ra với các đặc điểm: tỷ trọng hỗn hợp gồm thành phần mỡ và tăng tỉ trọng tự nhiên, đặc biệt là dấu hiệu thâm nhiễm mỡ xung quanh khối tổn thương – một dấu hiệu thường được định hướng tới các nguyên nhân viêm và u ác tính. Có thể đây là nguyên nhân chính dẫn đến định hướng tổn thương liposarcoma ở một bác sĩ chẩn đoán hình ảnh chuyên khoa ung bướu ở một bệnh viện ít tiếp nhận bệnh nhân xoắn buồng trứng. Chỉ định MRI tiểu khung đã được nhà lâm sàng đưa ra với mục tiêu đánh giá kỹ khối u trước một cuộc phẫu thuật mổ phiến. Chúng tôi thực hiện chụp MRI có thuốc đối quang nhận định khối u này không có thành phần ngấm thuốc trong u (một dấu

hiệu để nhận định hơn so với CLVT) mà chỉ có vỏ dày ngấm thuốc, thành phần trong nang có bờ đều, ranh giới rõ, đặc biệt thành phần tăng tỉ trọng tự nhiên trên CLVT tăng tín hiệu trên ảnh T1W và T1WFS khẳng định đây là thành phần máu xuất huyết, điều này không hợp lý đối với chẩn đoán liposarcoma. Tuy vậy trên hình ảnh MRI cũng có những thách thức nhất định khi dấu hiệu thâm nhiễm mỡ vẫn quan sát thấy rất rõ ràng và thiếu vắng dấu hiệu xoáy nước. Qua những thông tin về lâm sàng và hình ảnh được đưa ra, cuộc hội chẩn đa chuyên khoa đã đưa ra chẩn đoán teratoma buồng trứng xoắn đến muộn có dấu hiệu hoại tử và xuất huyết khi kết hợp giữa thông tin lâm sàng và các dấu hiệu về mặt hình ảnh. Dấu hiệu gây sút cân có thể được lý giải do nhiễm độc do xoắn buồng trứng hoại tử, ngoài ra dấu hiệu thâm nhiễm có thể gặp trong teratoma mạn tính, có dấu hiệu xuất huyết [12]. Bệnh nhân được chuyển sang phẫu thuật cấp cứu thay vì mổ kế hoạch cho một khối liposarcoma với kết quả sau mổ xác nhận hoàn toàn phù hợp với chẩn đoán trước phẫu thuật. Trường hợp của chúng tôi cho thấy đôi khi lâm sàng và hình ảnh của xoắn buồng trứng không rõ ràng, và cần phải rất thận trọng trong chẩn đoán bệnh lý khối u có đau bụng ở người lớn tuổi.

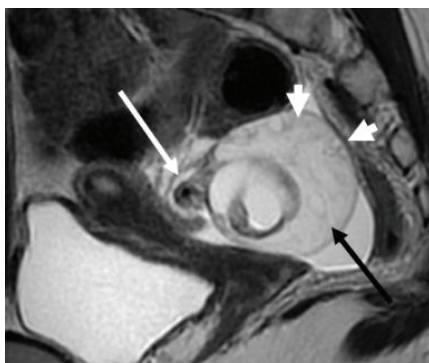


Hình 5. Khối teratoma buồng trứng xoắn điển hình không thấy dấu hiệu thâm nhiễm mỡ (mũi tên liền) và ít dịch ổ bụng (mũi tên đứt) [12]

Nghiên cứu của tác giả Eitan và cs (2003) cho thấy các triệu chứng lâm sàng đánh giá không đủ để chẩn đoán xoắn buồng trứng, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi. Trong

hầu hết các trường hợp, đau bụng vùng chậu không đặc hiệu kèm theo buồn nôn, nôn, sốt nhẹ, tăng bạch cầu nên việc chẩn đoán trở nên khó khăn hơn khi phải phân biệt với các bệnh lý khác như viêm ruột thừa cấp, đau quặn thận, viêm túi thừa, bệnh vùng chậu khác [13]. Teratoma xoắn có nguy cơ vỡ gây gieo rắc tổn thương u vào phúc mạc, đặc biệt nguy hiểm ở bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ chuyển dạng ác tính cao hơn [14]. Các nghiên cứu trên cho thấy bệnh lý xoắn buồng trứng ở người lớn tuổi vốn có tỉ lệ ác tính cao hơn nhưng lại rất dễ bỏ sót và nhầm lẫn gây trì hoãn điều trị, việc chẩn đoán đúng bệnh lý này ở nhóm đối tượng đặc biệt này cực kì quan trọng nhưng cũng đầy thách thức. Đã có báo cáo trên thế giới ghi nhận buồng trứng xoắn được chẩn đoán nhầm chậm trễ và việc điều trị phẫu thuật trì hoãn [13], [15].

Dấu hiệu xoáy nước không xuất hiện trong ca lâm sàng này cũng gây một phần khó khăn cho việc chẩn đoán. Theo tác giả Béranger-Gibert và cs nghiên cứu trên 58 bệnh nhân, dấu hiệu này có độ nhạy là 68% và độ đặc hiệu là 89%, tương đương tỉ lệ chẩn đoán đúng của dấu hiệu này đạt 81% [16]. Theo Rougier và cs (2020) nghiên cứu hình ảnh MRI trên 28 trẻ nữ xoắn buồng trứng cho thấy dấu hiệu xoáy nước có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 100% tương đương độ chính xác 92,8% [17]. Bởi vậy, mặc dù là một dấu hiệu kinh điển nhưng các nhà chẩn đoán hình ảnh không thể hoàn toàn phụ thuộc vào dấu hiệu này để đưa ra chẩn đoán xoắn buồng trứng. Ca bệnh này là một ví dụ về xoắn buồng trứng không có dấu hiệu xoáy nước.



Hình 6. Hình ảnh MRI khối u quái buồng trứng xoắn (mũi tên đen) với các nang trứng ở ngoại vi (mũi tên trắng ngắn) và cuống xoắn điển hình (mũi tên trắng dài) [17]

Về mặt hình ảnh, khi gặp khối chứa tỉ trọng mỡ và tỉ trọng mô mềm tương tự ở tiểu khung, các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần phân biệt với các loại u khác như angiomyolipoma, liposarcoma, teratoma buồng trứng ác tính hóa vùng tiểu khung. Các tổn thương này thường có các nốt đặc ngấm thuốc và diễn biến lâm sàng dai dẳng hơn. Ngoài ra còn có Lipoleiomyoma có nguồn gốc xuất phát từ tử cung, các khối lipoma đơn thuần ở tiểu khung cũng như buồng trứng thường không thấy phần đặc và không ngấm thuốc đối quang [18].

Hiện nay có nhiều phương pháp hình ảnh khác nhau để đánh giá u nang bì buồng trứng xoắn như siêu âm, CT và MRI. Tuy siêu âm là phương pháp được sử dụng đầu tay nhờ tính phổ biến, chi phí rẻ nhưng kết quả chẩn đoán phụ thuộc nhiều vào sự chủ quan của người thực hiện, đôi khi gặp khó khăn trong thăm khám khi khối u quá lớn, mỡ trong khối u cản âm gây khó đánh giá khối u một cách tổng thể và chính xác. CT và MRI là những kỹ thuật hình ảnh giúp chẩn đoán được hoàn thiện hơn trong những trường hợp như vậy [19]. Chụp CT giúp đánh giá được thành phần tỉ trọng mỡ, vôi hóa, dịch, mức dịch mỡ, thành phần tỉ trọng máu khi có xuất huyết. Phim chụp MRI sẽ đánh giá được thành phần mỡ, vôi, hỗ trợ cho CLVT xác định chảy máu trong nang khi có thành phần tăng tỉ trọng tự nhiên trên CT, tăng tín hiệu trên T1W và không giảm tín hiệu trên T1FS (hình 3). Sự ngấm thuốc của tổn thương cũng được đánh giá tốt trên MRI hơn là CLVT. Dấu hiệu thâm nhiễm mỡ thường gặp trong bệnh lý viêm nhiễm và u ác tính nên được nhận định cẩn thận trong bối cảnh xem xét cùng dấu hiệu lâm sàng và các dấu hiệu hình ảnh khác và không phải là một dấu hiệu loại trừ xoắn buồng trứng, nó có thể xuất hiện ở tổn thương xoắn buồng trứng mạn tính, mô hoại tử và xuất huyết gây phản ứng ở tổ chức mỡ trong ổ bụng như một phản ứng bảo vệ của cơ thể [12]. Viền ngấm thuốc nhẵn đều thấy trên MRI trong trường hợp này là do phản ứng viêm của phúc mạc quanh tổ chức mô hoại tử thay vì tổn thương ngấm thuốc của u, thường không có bờ gợn và ngấm thuốc dạng khối, nốt.

IV. KẾT LUẬN

Xoắn teratoma buồng trứng không phải là bệnh hiếm gặp nhưng ít gặp ở người già. Nhóm bệnh lý này

ở người già có khả năng chuyển dạng ác tính cao hơn nhưng lại đặc biệt khó chẩn đoán vì nhiều yếu tố nhiễu về mặt lâm sàng cũng như về mặt hình ảnh. Siêu âm, CLVT và MRI có thể dùng riêng lẻ hoặc phải kết hợp trong những tình huống khó khăn. Dấu hiệu thâm nhiễm mỡ quanh khối u buồng trứng không phải là đặc trưng của khối u ác tính hay viêm nhiễm mà có thể là dấu hiệu

của xoắn buồng trứng đến muộn, cần được các nhà chẩn đoán hình ảnh lưu ý khi đưa ra định hướng cho các nhà lâm sàng [12]. Chẩn đoán trong những trường hợp khó nên được đưa ra dựa trên sự phối hợp giữa các phương tiện hình ảnh và sự phối hợp đa chuyên khoa để đưa ra phác đồ điều trị tốt nhất cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thanasa E, Thanasa A, Xydias EM, et al. Adnexal Torsion of a Mature Cystic Ovarian Teratoma With Hemorrhagic Infarction Misdiagnosed As Pelvic Inflammatory Disease in a Perimenopausal Patient: A Case Report. *Cureus*. 15(5):e38680. doi:10.7759/cureus.38680
2. Ding DC, Chen SS. Conservative laparoscopic management of ovarian teratoma torsion in a young woman. *J Chin Med Assoc*. 2005;68(1):37-39. doi:10.1016/S1726-4901(09)70130-3
3. Ahmed A, Lotfollahzadeh S. Cystic Teratoma. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2024. Accessed March 22, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564325/>
4. Lipson SA, Hricak H. MR imaging of the female pelvis. *Radiol Clin North Am*. 1996;34(6):1157-1182.
5. Pantoja E, Noy MA, Axtmayer RW, Colon FE, Pelegrina I. Ovarian dermoids and their complications. Comprehensive historical review. *Obstet Gynecol Surv*. 1975;30(1):1-20. doi:10.1097/00006254-197501000-00001
6. Saleh M, Bhosale P, Menias CO, et al. Ovarian teratomas: clinical features, imaging findings and management. *Abdom Radiol (NY)*. 2021;46(6):2293-2307. doi:10.1007/s00261-020-02873-0
7. Okonta PI, Mofon C. Huge Benign Ovarian Cystic Teratoma in a Patient with a History of Hansen's Disease. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014;2014:345767. doi:10.1155/2014/345767
8. Caspi B, Appelman Z, Rabinerson D, Zalel Y, Tulandi T, Shoham Z. The growth pattern of ovarian dermoid cysts: a prospective study in premenopausal and postmenopausal women. *Fertil Steril*. 1997;68(3):501-505. doi:10.1016/s0015-0282(97)00228-8
9. Fibus TF. Intraperitoneal rupture of a benign cystic ovarian teratoma: findings at CT and MR imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;174(1):261-262. doi:10.2214/ajr.174.1.1740261
10. Li RY, Nikam Y, Kapurubandara S. Spontaneously Ruptured Dermoid Cysts and Their Potential Complications: A Review of the Literature with a Case Report. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2020;2020:6591280. doi:10.1155/2020/6591280
11. Kido A, Togashi K, Konishi I, et al. Dermoid cysts of the ovary with malignant transformation: MR appearance. *AJR Am J Roentgenol*. 1999;172(2):445-449. doi:10.2214/ajr.172.2.9930800
12. Dawood MT, Naik M, Bharwani N, Sudderuddin SA, Rockall AG, Stewart VR. Adnexal Torsion: Review of Radiologic Appearances. *RadioGraphics*. 2021;41(2):609-624. doi:10.1148/rg.2021200118
13. Eitan R, Galoyan N, Zuckerman B, Shaya M, Shen O, Beller U. The risk of malignancy in post-menopausal women presenting with adnexal torsion. *Gynecologic Oncology*. 2007;106(1):211-214. doi:10.1016/j.ygyno.2007.03.023

14. Wen KC, Hu WM, Twu NF, Chen P, Wang PH. Poor Prognosis of Intraoperative Rupture of Mature Cystic Teratoma with Malignant Transformation. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;45(3):253-256. doi:10.1016/S1028-4559(09)60236-9
15. Thanasa E, Thanasa A, Xydias EM, et al. Adnexal Torsion of a Mature Cystic Ovarian Teratoma With Hemorrhagic Infarction Misdiagnosed As Pelvic Inflammatory Disease in a Perimenopausal Patient: A Case Report. *Cureus*. 15(5):e38680. doi:10.7759/cureus.38680
16. Béranger-Gibert S, Sakly H, Ballester M, et al. Diagnostic Value of MR Imaging in the Diagnosis of Adnexal Torsion. *Radiology*. 2016;279(2):461-470. doi:10.1148/radiol.2015150261
17. Rougier E, Mar W, Della Valle V, et al. Added value of MRI for the diagnosis of adnexal torsion in children and adolescents after inconclusive ultrasound examination. *Diagn Interv Imaging*. 2020;101(11):747-756. doi:10.1016/j.diii.2020.04.015
18. Fattahi N, Moeini A, Morani AC, et al. Fat-containing pelvic lesions in females. *Abdom Radiol*. 2022;47(1):362-377. doi:10.1007/s00261-021-03299-y
19. Sahin H, Abdullazade S, Sancı M. Mature cystic teratoma of the ovary: a cutting edge overview on imaging features. *Insights Imaging*. 2017;8(2):227-241. doi:10.1007/s13244-016-0539-9

TÓM TẮT

Xoắn u quái buồng trứng là một biến chứng khá thường gặp và nghiêm trọng của bệnh lý u quái buồng trứng (hay còn gọi là u nang bì buồng trứng hoặc teratoma)1. Chẩn đoán hình ảnh đóng một vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán xác định và đưa ra phương pháp điều trị sớm cho bệnh nhân1. Phẫu thuật cấp cứu được tiến hành nhanh chóng để loại bỏ khối u, tránh nguy cơ nhiễm độc do khối u hoại tử, biến chứng vỡ u gieo rắc mô u vào phúc mạc2. Tuy nhiên một số ít khối u nang bì buồng trứng xoắn diễn biến chậm, triệu chứng lâm sàng và hình ảnh không điển hình gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị kịp thời cho bệnh nhân. Chúng tôi báo cáo một trường hợp khối u nang bì buồng trứng xoắn trước đó được chẩn đoán là khối liposarcoma trên cắt lớp vi tính. Bệnh nhân vào viện với triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, đã được chẩn đoán lại bằng cộng hưởng từ (MRI), sau đó được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt bỏ hoàn toàn khối u nang bì buồng trứng. Tiếp cận chẩn đoán bằng nhiều trang thiết bị và đa chuyên khoa có thể giúp hạn chế được sự nhầm lẫn trong chẩn đoán.

Từ khóa: U nang bì buồng trứng, xoắn, liposarcoma.

Người liên hệ: Ngô Ngọc Minh. Email: dr.minh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/03/2024. Ngày nhận phản biện: 15/04/2024. Ngày chấp nhận đăng: 22/05/2024