



BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP HỢP NHẤT LÁCH - SINH DỤC THỂ LIÊN TỤC ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

**A rare case of continuous type Splenogonadal Fusion
was diagnosed and operated in VietDuc hospital**

Nguyễn Thanh Vân, Nguyễn Duy Huệ**

SUMMARY

Splenogonadal fusion (SGF) is a rare congenital anomaly in which an abnormal connection between splenic tissue and gonadal structures is present. Very few cases have been diagnosed preoperatively. Here we present a case of 19 year-old male patient who had a left scotal mass that had initially discovered. Ultrasound and 64 slice – computed tomography revealed a mass above left testis go through inguinal canal, left abdomen and then connect to spleen. He was dignosed the continous type SGF and was operated to remove the redundant spleen.

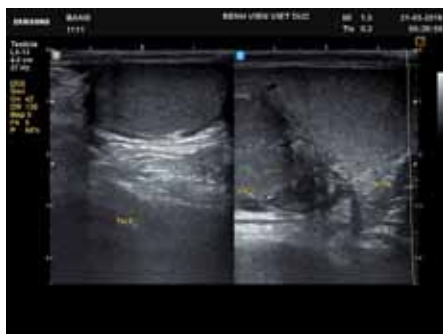
Keywords: *splenogonadal fusion, spleen, testicle.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

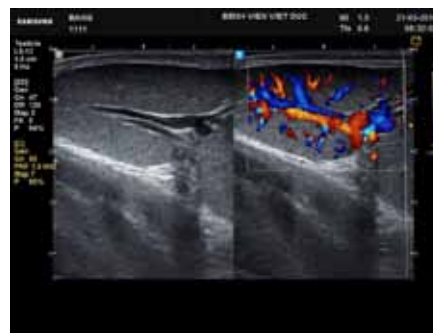
Hợp nhất lách - sinh dục là một bất thường phát triển hiếm gặp do sự kết nối bất thường giữa mầm lách và mầm sinh dục. Bất thường này thường xảy ra vào tuần thứ 5 đến tuần thứ 8 của thai kì [1]. SGF bao gồm thể liên tục và thể không liên tục. Rất ít các trường hợp được chẩn đoán được trước phẫu thuật. Những bệnh nhân không được chẩn đoán đúng bệnh có thể phải phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn do nghi ngờ khối u tinh hoàn. Bởi vậy, việc chẩn đoán được bệnh SGF trước phẫu thuật là rất cần thiết [2]. Chẩn đoán bất thường này bằng siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là có thể dựa trên những đặc điểm hình ảnh đặt trưng [3], [4].

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 19 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì đi khám nghĩa vụ quân sự phát hiện ra khối bất thường ở trong bìu trái. Khám sờ ở vùng bìu trái có khối bờ đều, ranh giới rõ, tách biệt với tinh hoàn phải, không đau. Siêu âm cho thấy hình ảnh một khối tổ chức ở trong bìu trái, nằm ngay trên, ranh giới rõ và giảm âm nhẹ so với tinh hoàn trái. Khối phát triển liên tục lên trên đi qua ống bẹn trái vào trong ổ bụng, đi lên ở cạnh ngoài đại tràng trái rồi liên tiếp với nhu mô lách, không thấy ranh giới với nhu mô lách. Mật độ cấu trúc âm của khối và nhu mô lách tương tự như nhau. Trên siêu âm Doppler nhận thấy khối rất giàu mạch.

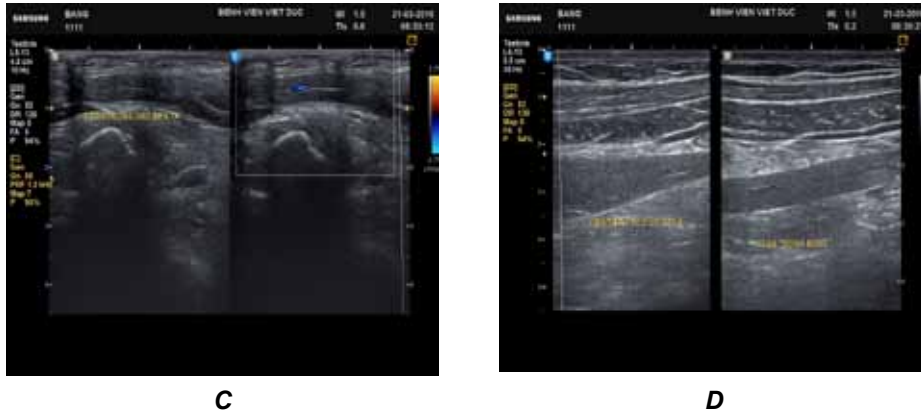


A



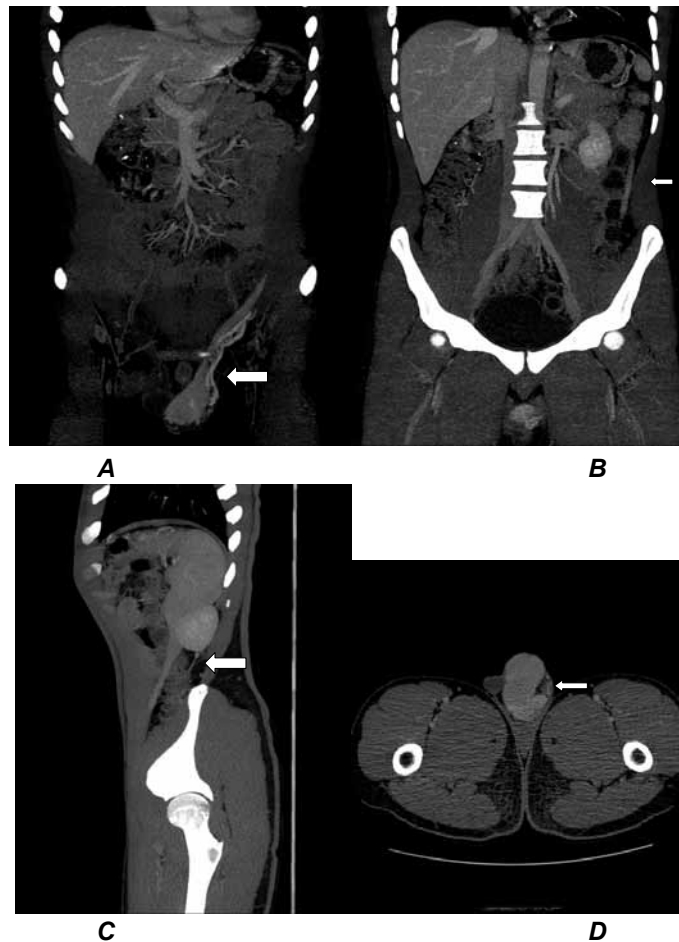
B

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Việt Đức



C **D**
Hình 1. Hình ảnh siêu âm của bệnh nhân (A: khối giảm âm ở bìu trái nằm trên tinh hoàn trái, B: khối tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler, C: đoạn trong ống bẹn của khối, D: đoạn trong ổ bụng, liên tiếp với cực dưới lách)

Phim chụp cắt lớp vi tính 64 dãy cho thấy một khối nằm trong bìu trái, tỷ trọng tổ chức (~47HU), ngấm thuốc mạnh và đồng nhất sau tiêm (~115HU), khối có ranh giới rõ, đẩy tinh hoàn trái xuống dưới, phát triển lên trên ổ bụng liên tiếp với nhu mô cực dưới lách. Mức độ ngấm thuốc của khối tương tự như nhu mô lách.



A **B**
C **D**
Hình 2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính 64 dãy của bệnh nhân: khối nằm trong bìu trái ngấm thuốc mạnh và đồng nhất sau tiêm (hình D), đi lên qua ống bẹn (hình A), vào trong ổ bụng, liên tiếp với lách (hình B,C).

Bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật nội soi. Kết quả phẫu thuật cho thấy lách ở hạ sườn trái lan dọc theo rãnh đại tràng chui qua ống bẹn dính chặt với cực trên tinh hoàn trái. Bệnh nhân đã được cắt phần lách thừa, cắt bán phần tinh hoàn trái.

III. BÀN LUẬN

Hợp nhất lách - sinh dục là bất thường hiếm gặp, được báo cáo lần đầu bởi Boestrom năm 1883, cho đến nay đã có khoảng 184 ca được báo cáo trong y văn [5]. Hầu hết các trường hợp xảy ở ở bên trái (97%), gặp ở nam nhiều hơn ở nữ (14,3:1). Tỷ lệ gặp ở nam cao hơn có thể do vị trí giải phẫu của tinh hoàn cho phép phát hiện và khám thấy khối dễ dàng, trong khi đó cấu trúc sinh dục của nữ thường ở sâu hơn nên khó nhận biết. Ở nữ, bệnh thường không biểu hiện triệu chứng, ít biến chứng hơn, phát hiện chủ yếu là tình cờ khi phẫu thuật bụng vì lý do khác [4]. SGF thường được phát hiện ở trẻ em và thiếu niên. Hơn 50% trường hợp được báo cáo bệnh nhân có tuổi <10, 70% dưới 20 tuổi.

Bệnh học: Mầm lách phát triển từ trung bì. Nhiều mầm lách hợp nhất lại thành một lách bình thường. Lách có đường bờ răng cưa, thùy múi là do các sự hợp nhất này (hoàn toàn hoặc một phần). Vào tuần thứ 6 của thai kì lách phát triển sang nửa bụng trái, nơi rất gần với vị trí phát triển của hệ thống tiết niệu - sinh dục. Trong cùng thời kì này, mầm sinh dục phát triển từ trung thận ở rất gần với mầm lách. Do đó sự hợp nhất bất thường giữa mầm lách và mầm sinh dục có thể xảy ra. Hơn nữa, khi tinh hoàn trái di chuyển xuống bìu thì phần lách bị hợp nhất cũng bị tinh hoàn kéo xuống cùng vào trong bìu trái [6]. Sự phát triển của mầm chi và xương hàm cũng xảy ra ở thời kì này, điều này giải thích những dị tật về chi và bệnh hàm nhỏ đi kèm [7].

Phân loại: SGF được chia thành 2 thể: thể liên tục và thể không liên tục. Thể liên tục hay gặp hơn (58%), dải nhu mô hay dải xơ nối liên tục từ lách chính xuống phần lách phụ dính với cơ quan sinh dục. Thể không liên tục thì không có dải này, lách phụ dính với cơ quan sinh dục nhưng tách biệt và không có dải nhu mô hay dải xơ liên tiếp với lách chính [5].

Bất thường đi kèm: Phần lớn các bất thường đi kèm thấy ở bệnh nhân có SGF thể liên tục, nhiều hơn gấp 5 lần so với những bệnh nhân SGF thể không liên tục [8]. Bất thường hay gặp nhất là dị dạng chi và sọ hàm, đặc biệt là bệnh hàm nhỏ. Trong số 184 ca đã được báo cáo thì có 26% trường hợp có một hoặc nhiều bất thường bẩm sinh kèm theo. Trong 61 ca được Rena báo cáo thì khoảng 36% có tinh hoàn lạc chỗ cùng bên hoặc đối bên. Những bất thường khác ít gặp hơn bao gồm hở hàm ếch, dị tật cột sống, tim, ống hậu môn, bất thường xoay ruột...[5]. Các biến chứng có thể xảy ra như thoát vị bẹn, xoắn tinh hoàn, tắc ruột...

Chẩn đoán: Nếu làm sàng nghi ngờ bệnh hợp nhất lách - sinh dục thì chụp đồng vị phóng xạ với Tc 99m sẽ giúp khẳng định chẩn đoán khi hiện hình cả lách và lách phụ nằm trong bìu. Tuy nhiên do tần suất hiếm gặp của bệnh thì việc chỉ định chụp với Tc 99m dường như là viễn cảnh. Ngày nay với Kỹ thuật siêu âm và chụp cắt lớp vi tính việc chẩn đoán trở nên dễ dàng hơn, nhất là với thể liên tục. Biểu hiện của SGF trên siêu âm là một khối ở trong bìu, giảm âm so với nhu mô tinh hoàn bình thường. Khối có thể có ranh giới rõ nhu mô tinh hoàn, có vỏ tăng âm nhẹ bao quanh tách biệt khối với tinh hoàn bình thường. Trên siêu âm Doppler có thể thấy tín hiệu mạch máu trung tâm với nhiều nhánh mạch tỏa ra ngoài vi. Bệnh nhân của chúng tôi cũng thấy các dấu hiệu tương tự, thêm vào đó là thấy được dải nhu mô nối giữa khối trong bìu và nhu mô cực dưới lách, có cấu trúc âm tương tự nhu mô lách, giúp khẳng định chẩn đoán [4]. Chụp cắt lớp vi tính cho phép xác định vị trí khối, liên quan của khối với tinh hoàn, lách; xác định cấu trúc của khối. Biểu hiện của tổn thương trên cắt lớp vi tính thường là khối tổ chức đồng nhất, ngấm thuốc mạnh và tương tự như nhu mô lách, ranh giới rõ [3]. Trong các tài liệu chúng tôi tìm hiểu được không thấy có bệnh nhân nào được chụp cộng hưởng từ để chẩn đoán.

Mô học: Phần lớn các trường hợp được làm giải phẫu bệnh thì mô lách của SGF có cấu trúc giống với mô lách bình thường, chỉ có một vài biến đổi nhỏ như tăng xơ, huyết khối, vôi hóa, thoát hóa mỡ hay lắng đọng sắt [5].

Điều trị: Quyết định phẫu thuật phụ thuộc cấu trúc nhu mô tinh hoàn dính vào lách. Nếu chẩn đoán xác

định đúng và không có biến chứng, có thể không cần thiết phải phẫu thuật. Thậm chí nếu phẫu thuật được tiến hành thì hầu hết các trường hợp tinh hoàn được bảo tồn, ngoại trừ các trường hợp có nguy cơ như tinh hoàn ẩn. Khi nghi ngờ có khối u thì có thể tiến hành sinh thiết lạnh để chẩn đoán, nhưng cho đến nay vẫn chưa có báo cáo SGF ác tính nào [2].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kumar S, et al. A rare case of continuous type splenogonadal fusion in a young male with primary infertility. *Case Rep Urol*, 2014. **2014**: p. 796761.

2. Li W.F, et al. Splenogonadal fusion: Report of four cases and review of the literature. *Exp Ther Med*, 2013. **6**(3): p. 816-818.

3. Li Y.H. Preoperative detection of splenogonadal fusion by CT. *Surg Radiol Anat*, 2009. **31**(9): p. 733-5.

4. Stewart V.R, et al. Splenogonadal fusion: B-mode and color Doppler sonographic appearances. *J Ultrasound Med*, 2004. **23**(8): p. 1087-90.

IV. KẾT LUẬN

Hợp nhất lách sinh dục là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp, cần được cân nhắc đến khi chẩn đoán phân biệt các khối ở bìu, thường chẩn đoán nhầm với u tinh hoàn. Chẩn đoán xác định được bệnh trước phẫu thuật có vai trò quan trọng, giúp bệnh nhân không bị cắt bỏ tinh hoàn một cách không cần thiết.

5. Malik R.D and D.B Liu, Splenogonadal fusion: an unusual case of an acute scrotum. *Rev Urol*, 2013. **15**(4): p. 197-201.

6. Daniel D.S. An unusual case of ectopic splenic tissue resembling a third testicle. *Ann Surg*, 1957. **145**(6): p. 960-2.

7. Varma D.R, et al. Sonographic and CT features of splenogonadal fusion. *Pediatr Radiol*, 2007. **37**(9): p. 916-9.

8. Khairat A.B and A.M Ismail. Splenogonadal fusion: case presentation and literature review. *J Pediatr Surg*, 2005. **40**(8): p. 1357-60.

TÓM TẮT

Hợp nhất lách - sinh dục là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp trong đó có sự kết nối giữa mô lách và cấu trúc sinh dục, có thể liên tục hoặc không. Rất hiếm các trường hợp được chẩn đoán trước phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo một trường hợp ca lâm sàng bệnh nhân nam 19 tuổi đi khám sức khỏe tình cờ phát hiện khối ở bìu trái. Trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính 64 dãy phát hiện khối ở bìu trái lan lên ống bẹn trái vào ổ bụng và liên tiếp với nhu mô lách. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh hợp nhất lách - sinh dục thể liên tục, được phẫu thuật cắt phần lách thừa.

Từ khóa: hợp nhất lách - sinh dục, lách, tinh hoàn.

Người liên hệ: Nguyễn Thanh Vân; Email: drthanhvan1308@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2016

Ngày chấp nhận đăng: 30.5.2016