

U QUÁI TRƯỚC XƯƠNG CÙNG Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

**Trần Phạm Minh Thư*, Lê Hồ Ngọc Trâm,
Trần Hương Giang, Phạm Quốc Thắng**

TÓM TẮT

U quái trước xương cùng là một thực thể có vị trí đặc biệt hiếm gặp. U quái vùng cùng cụt thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Ở người trưởng thành, nhóm u này chỉ chiếm khoảng 4% các trường hợp u quái nguyên phát. Tỷ lệ chính xác của u quái trước xương cùng vẫn chưa được xác định do số ca ghi nhận rất ít. Do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, vị trí u khó tiếp cận và có sự chồng lấp của nhiều chẩn đoán phân biệt nên việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 28 tuổi, đến khám vì đau vùng cùng cụt và táo bón. Siêu âm phát hiện khối giảm âm trước xương cùng, kích thước 90 mm. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u. Kết quả mô bệnh học xác định u quái trưởng thành. Không ghi nhận tái phát sau 6 tháng theo dõi. Trong bối cảnh các nghiên cứu về u quái trưởng thành trước xương cùng ở người lớn còn hạn chế, trường hợp này góp phần bổ sung dữ liệu và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phối hợp lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học trong việc chẩn đoán xác định thực thể này.

Từ khóa: U quái, trưởng thành, cùng cụt.

PRESACRAL TERATOMA IN AN ADULT FEMALE: AN EXTREMELY RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Presacral teratomas represent an exceptionally rare subset of teratomas with a distinctive anatomic location. They are most commonly observed in neonates and young children, whereas their occurrence in adults is exceedingly uncommon, accounting for only approximately 4% of all primary teratomas. Owing to their deep pelvic location, the nonspecific nature of clinical symptoms, and the broad spectrum of overlapping differential diagnoses in the presacral space, both clinical recognition and pathological diagnosis remain challenging. We report a case of a 28-year-old female who presented with progressive sacrococcygeal pain and constipation. Ultrasonography revealed a presacral hypoechoic nodule,

Đại học Y dược TP. HCM

*Chịu trách nhiệm chính: Trần Phạm Minh Thư

Email: tpmthu.nt.gpb24@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện: 15/11/2025

Ngày chấp nhận đăng: 01/12/2025

measuring 90 mm in diameter, with cystic and calcified components. Complete surgical excision of the tumor was performed, and histopathological examination confirmed a mature teratoma. The postoperative course was uneventful, and no recurrence was documented during six months of follow-up. This case underscores the importance of integrating clinical and histopathological assessment to achieve accurate diagnosis of mature teratomas at this rare anatomic site, particularly in the context of the limited published literature on adult cases. Further accumulation of similar reports will be valuable for establishing optimal diagnostic and therapeutic strategies.

Keywords: Teratoma, mature, presacral tumor.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quái là khối u tế bào mầm tương đối thường gặp, chứa các thành phần mô học có nguồn gốc từ ít nhất hai trong ba lá phôi và phần lớn có bản chất lành tính. U quái ngoài tuyến sinh dục được cho là bắt nguồn từ sự lạc chỗ của tế bào gốc toàn năng nguyên thủy trong quá trình di chuyển từ túi noãn hoàng đến tuyến sinh dục phôi thai [1,7]. U quái vùng cùng cụt là loại u quái ngoài tuyến sinh dục phổ biến nhất, chủ yếu gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [4,6]. Trong khi ở người trưởng thành, u quái nguyên phát thường gặp ở tuyến sinh dục (buồng trứng và tinh hoàn) và hiếm gặp ở vùng cùng cụt, với tần suất 1/40,000–63,000 và tỷ lệ nữ:nam là 3:1 [1,2]. U quái trước xương cùng, một nhóm nhỏ trong số này, là một thực thể đặc biệt hiếm gặp ở người trưởng thành.

Về lâm sàng, hầu hết u quái trước xương cùng ở người lớn là một khối u xuất hiện trong vùng chậu. U thường diễn tiến âm thầm, với các biểu hiện lâm sàng mơ hồ như đau vùng cùng cụt, táo bón, rối loạn chức năng bàng quang, ứ trệ tĩnh mạch chi dưới và triệu chứng thần kinh [6,7]. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học giúp định hướng nhưng không đặc hiệu do sự hiện diện của nhiều chẩn đoán phân biệt tại vùng này, bao gồm tổn thương bẩm sinh, u thần kinh, u xương hay các u mô mềm khác [3,4].

Về hình ảnh học, u quái trưởng thành chứa các thành phần đa dạng bao gồm vôi hóa, mô mềm, mỡ và dịch [1]. Siêu âm thường cho thấy hình ảnh dạng nang hoặc hỗn hợp nang-đặc, với thành phần vôi hóa, mô mỡ hoặc khối đặc [4,8]. Chụp

cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI) có độ nhạy cao trong phát hiện u quái trước xương cùng, cho phép mô tả đặc điểm khối u, đánh giá mức độ mở rộng trong khung chậu và mối quan hệ với các cấu trúc khác. CT hữu ích trong việc phát hiện mỡ và vôi hóa. MRI có giá trị hơn CT trong đánh giá mô mềm và trong phân biệt khối u lành tính và ác tính [7]. Một số nghiên cứu đã báo cáo hiện tượng vôi hóa có ở cả u quái lành tính và ác tính, do đó vôi hóa là hình ảnh không đặc hiệu [1]. Trên MRI, u quái thường có dạng các nang riêng biệt, hình tròn hoặc bờ không rõ, tín hiệu đồng nhất trong mỗi nang. U thường có tín hiệu cao trên T1WI và T2WI; trên T2WI xóa mỡ có thể thấy vùng giảm tín hiệu tương ứng với thành phần mỡ – đặc điểm gợi ý quan trọng của u quái [2].

Về đại thể, u quái trước xương cùng thường giới hạn rõ và có vỏ bao. Mặt cắt thường không đồng nhất với dạng nang, đặc hoặc phổ biến nhất là dạng hỗn hợp nang-đặc. Các nang thường chứa thanh dịch, dịch nhầy hoặc chất sừng, trong khi thành phần đặc thường chắc, cứng và tương ứng với sụn, xương, mô mỡ, mô xơ, hoặc răng [4,7,8]. U quái chưa trưởng thành thường có kích thước lớn và nhiều thành phần đặc hơn, mặt cắt xám trắng, có thể kèm hoại tử và xuất huyết [1,7].

Về vi thể, u quái trưởng thành (lành tính) được cấu tạo từ các mô biệt hóa tốt, với các thành phần phổ biến bao gồm da, phần phụ của da, sụn, cơ, mô thần kinh trưởng thành, biểu mô hô hấp và tiêu hóa [1,4,7]. U quái chưa trưởng thành chứa các mô phôi thai hoặc mô chưa trưởng thành xen

lẫn với các mô biệt hóa tốt [1]. Ngoài ra, có thể gặp u quái đơn mô hoặc u loại sinh dưỡng (có thể lành tính hoặc ác tính) phát sinh trên u quái [1].

Mô bệnh học ghi nhận đa số u quái trước xương cùng ở người lớn là u quái trưởng thành lành tính. Tuy nhiên một số trường hợp có thành phần chưa trưởng thành hoặc ác tính, với tỷ lệ chuyển dạng ác tính khoảng 1–2% [1,2,4]. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch và huyết thanh học hữu ích trong phân biệt giữa u quái trưởng thành và các u tế bào mầm ác tính. Cụ thể, GFAP dương tính trong mô thần kinh đệm trưởng thành nhưng âm tính ở mô thần kinh biểu mô. Ngược lại, OCT4 và SALL4 có độ nhạy cao với mô thần kinh biểu mô chưa trưởng thành. Nồng độ β -hCG tăng gợi ý carcinôm đệm nuôi hoặc các u tế bào mầm có thành phần hợp bào nuôi [1,4,5,7]. Sự hiện diện của các dấu ấn miễn dịch và huyết thanh trong giới hạn bình thường giúp củng cố chẩn đoán u quái trưởng thành.

Phẫu thuật cắt trọn khối u là điều trị chuẩn của u quái trưởng thành trước xương cùng ở người trưởng thành, với phần lớn bệnh nhân đáp ứng tốt. Trường hợp u quái lớn, thành phần đặc >50% thể tích, hoặc ranh giới không rõ với xương và cơ xung quanh thường gợi ý nguy cơ ác tính cao, thường đòi hỏi đường mổ phức tạp hoặc cắt xương kèm theo [2]. Một số báo cáo gần đây nhấn mạnh việc phát hiện thành phần thần kinh biểu mô, dù tỷ lệ rất nhỏ, có thể ảnh hưởng đến tiên lượng và quyết định điều trị, bao gồm cân nhắc hóa trị hoặc xạ trị hỗ trợ [4,5].

Từ đó chúng tôi muốn nhấn mạnh một trường hợp u quái trưởng thành trước xương cùng ở người lớn, nhằm mở rộng thêm hiểu biết về biểu hiện lâm sàng, mô bệnh học và chiến lược điều trị đồng thời nhấn mạnh những khó khăn trong chẩn đoán của loại u này.

Bệnh nhân nữ 28 tuổi đến khám vì đau âm ỉ vùng hông lưng, khởi phát mơ hồ cách đây khoảng một năm và tiến triển tăng dần về mức độ.

Một tháng trước khi nhập viện, bệnh nhân bắt đầu xuất hiện thêm triệu chứng táo bón kéo dài, gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, nên đến khám tại bệnh viện. Khai thác tiền sử không ghi nhận bệnh lý mạn tính hay phẫu thuật trước đó và tiền căn gia đình không có bất thường liên quan. Thăm khám lâm sàng không ghi nhận khối bất thường ở bụng, nhưng có đau tức vùng chậu khi ấn sâu. Siêu âm ổ bụng phát hiện một khối giảm âm trước xương cùng, kích thước 90×75×70 mm, không đồng nhất, với nhiều ổ vôi hóa và hóa nang, không thấy xâm lấn hay dính với các cơ quan lân cận. Siêu âm vùng chậu không thấy u trong tử cung, cổ tử cung hoặc buồng trứng. MRI vùng chậu không tiêm thuốc cản quang cho thấy một khối dạng nang phức tạp trong vùng chậu, trước xương cùng, giới hạn không rõ, kích thước 95×80×60 mm, tín hiệu đồng nhất trong các vùng nang và tăng tín hiệu trên T1WI và T2WI. Triệu chứng lâm sàng mơ hồ và hình ảnh học không đặc trưng gây khó khăn cho việc chẩn đoán.



Hình 1: Đại thể mẫu mô ghi nhận khối u giới hạn rõ với vỏ bao xơ mỏng, kích thước 90×75×60 mm.

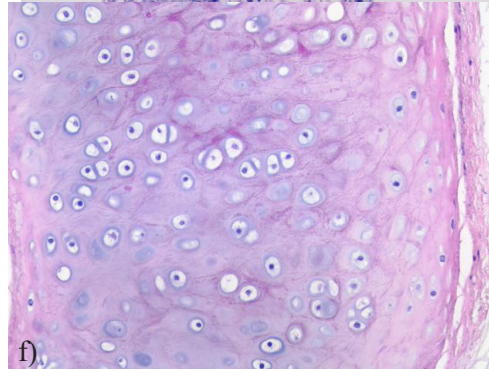
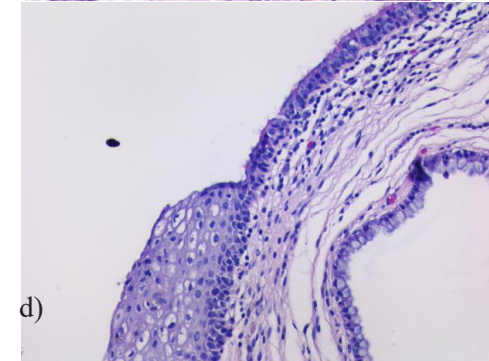
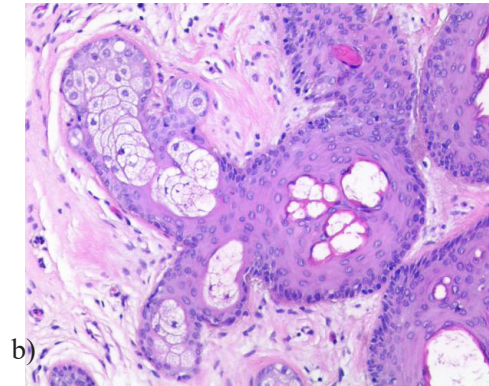
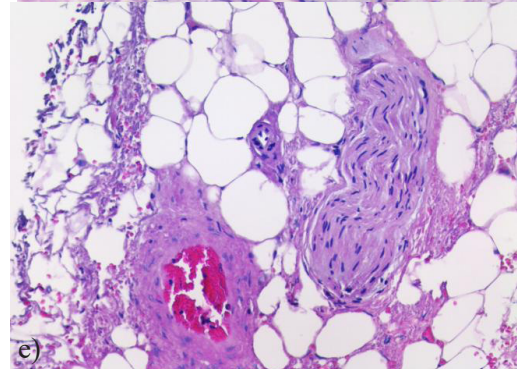
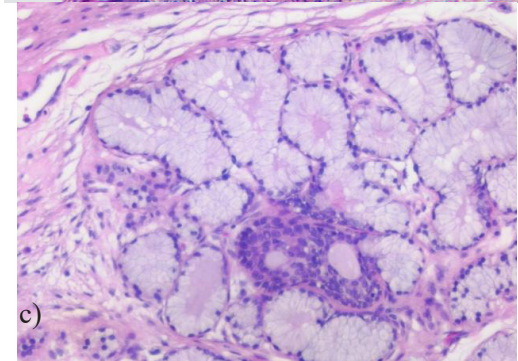
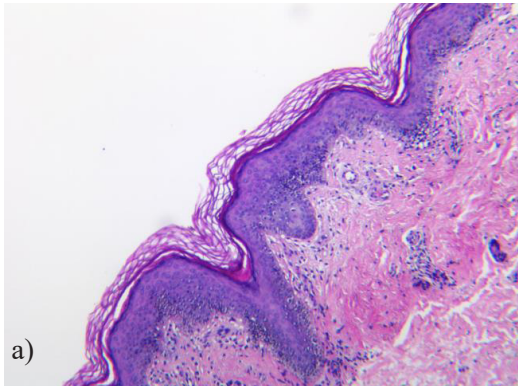
Tuy khối u có kích thước lớn nhưng ưu thế thành phần nang và không thấy xâm lấn cơ quan

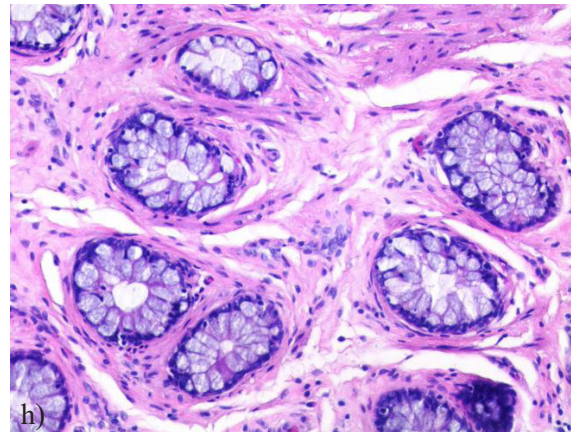
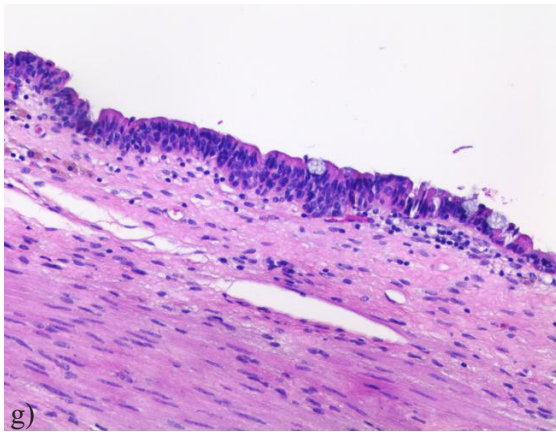
lân cận trên hình ảnh học nên bệnh nhân được chỉ định cắt bỏ khối u đơn thuần. Hậu phẫu, bệnh nhân đi lại nhẹ nhàng, đi tiêu bình thường và được xuất viện vào ngày thứ 5. Kết quả tái khám sau 1 tháng ổn định và không có bất thường thần kinh hay tiêu hóa trong 6 tháng theo dõi định kỳ sau đó.

Về đại thể, u chiếm phần lớn khoang chậu trước xương cùng và chèn ép các cấu trúc lân cận. Khối u đầy trực tràng và tử cung ra phía trước,

và đẩy hậu môn xuống dưới. Mẫu mô u có kích thước lớn (90×75×60 mm), giới hạn rõ với vỏ bao xơ mỏng. Mặt cắt không đồng nhất, chủ yếu là mô mỡ, kèm theo tóc, chất bã, dịch nhầy trắng. Bên trong chứa thành phần đặc có kích thước 30×30 mm, mặt cắt trắng ngà, chắc, dai, giới hạn không rõ. Ngoài ra, rải rác các vùng xơ hóa, hóa nang và hóa sụn như Hình 1.

2. BÁO CÁO CA BỆNH





Hình 2: Mô bệnh học: Hình A: biểu mô lát tầng sừng hóa của da (lá phôi ngoài). Hình B: nang lông và tuyến bã (lá phôi ngoài). Hình C: tuyến mồ hôi (lá phôi ngoài). Hình D: vùng chuyển tiếp giữa biểu mô da và biểu mô hô hấp. Hình E: mô mỡ và mô thần kinh trưởng thành (lá phôi giữa). Hình F: mô sụn trưởng thành (lá phôi giữa). Hình G: biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển của đường hô hấp (lá phôi trong). Hình H: biểu mô trụ đơn tiết nhầy của đường tiêu hóa (lá phôi trong). (Hình H&E, 200X)

Mô học khối u cho thấy sự hiện diện của các thành phần trưởng thành biệt hóa từ cả ba lá phôi như ngoại bì (biểu mô gai sừng hóa, nang lông, tuyến bã, tuyến mồ hôi), trung bì (mô mỡ và sụn), và nội bì (biểu mô hô hấp và biểu mô đường tiêu hóa). Toàn bộ bệnh phẩm đã được đánh dấu và cắt lọc kỹ lưỡng nhằm loại trừ các thành phần chưa trưởng thành hoặc ác tính và giúp phân biệt với các tổn thương (như dị dạng bẩm sinh, lành tính hoặc ác tính) có thể phát sinh từ xương cùng cụt, mô mềm vùng chậu, tử cung, phần phụ hoặc đại trực tràng [1,4,7] (Hình 2).

3. BÀN LUẬN

Ca bệnh của chúng tôi khá điển hình của một u quái trưởng thành trước xương cùng ở người lớn với lâm sàng, hình ảnh học và mô học đặc trưng. Về mặt lâm sàng, bệnh nhân của chúng tôi là một phụ nữ trưởng thành có khối u xuất hiện trong xoang chậu, trước xương cùng, kích thước khá lớn, gây ra triệu chứng đau vùng cùng cụt và táo bón. Các đặc điểm trên phù hợp với mô tả trong y văn về u quái trưởng thành, thường diễn tiến âm thầm với biểu hiện không đặc hiệu. Điểm khác

biệt là khối u có biểu hiện lâm sàng kín đáo và được phát hiện tình cờ qua hình ảnh học, trong khi nhiều báo cáo khác ghi nhận bệnh nhân thường đến khám với triệu chứng rõ rệt hơn [2,3,6]. Vị trí khối u trước xương cùng và biểu hiện lâm sàng phù hợp với các đặc điểm phổ biến trong y văn giúp củng cố giá trị tham khảo cho chẩn đoán và điều trị u quái trưởng thành ở người lớn.

Siêu âm cho thấy khối u dạng nang xen lẫn vôi hóa và không thấy hình ảnh xâm lấn, phù hợp với mô tả về hình ảnh siêu âm của u quái trước xương cùng [4,7,8]. MRI cho thấy khối u có bờ không rõ và kích thước lớn. Tuy nhiên, khối u nhỏ hơn so với những trường hợp u quái trước xương cùng có kích thước vượt trội, như khối u 20 cm trong nghiên cứu của Mindaye [6]. Việc phối hợp thông tin từ siêu âm và MRI giúp đánh giá toàn diện khối u, định hướng phẫu thuật và giảm nguy cơ biến chứng trong quá trình điều trị.

Về đại thể, trường hợp của chúng tôi phù hợp với mô tả này, tuy nhiên không ghi nhận thành phần vôi hóa và xâm lấn cấu trúc xung quanh như một số báo cáo khác [2,3,7]. Về vi thể, mẫu bệnh phẩm của chúng tôi cho thấy sự hiện diện đầy đủ

của các mô biệt hóa tốt từ cả ba lá phôi nhưng không ghi nhận thành phần chưa trưởng thành hay ác tính, khác với một số ít báo cáo ghi nhận sự chuyển dạng ác tính [5]. Mô bệnh học có vai trò quan trọng trong việc phân biệt thực thể này với các tổn thương khác, bao gồm dị dạng bẩm sinh, u lành tính và ác tính, vốn có hình thái học tương đồng.

Với u quái trưởng thành trước xương cùng, phẫu thuật cắt bỏ khối u là phương pháp điều trị chuẩn. Một số tác giả khuyến cáo việc cắt xương kèm theo khi khối u có kích thước lớn hoặc có nguy cơ tái phát cao như thành phần đặc >50% hoặc ranh giới không rõ với cấu trúc xung quanh [1,2,4,7]{Guo, 2022 #6;Rosai, 2018 #2;Board, 2020 #4;Kumar, 2021 #3}. Bệnh nhân của chúng tôi có khối u với thành phần đặc chỉ chiếm khoảng 30 mm và không ghi nhận xâm lấn xương hoặc cơ lân cận nên được điều trị cắt khối u đơn thuần và không áp dụng hóa trị hay xạ trị bổ trợ, phù hợp với hướng dẫn điều trị hiện nay. Tuy nhiên, việc khối u có kích thước lớn (đường kính lớn nhất khoảng 90 mm) nhưng phẫu thuật không bao gồm cắt xương kèm theo có thể ảnh hưởng đến tiên lượng lâu dài so với khuyến cáo điều trị chuẩn [1,2,7]. Kết quả hậu phẫu ổn định phù hợp với bản chất của một u quái trưởng thành, vốn có nguy cơ chuyển dạng ác tính thấp, và cũng lý giải tại sao việc cắt trọn u mà không cần cắt xương kèm theo vẫn đem lại kết quả khả quan.

4. KẾT LUẬN

U quái trưởng thành trước xương cùng ở người trưởng thành là một thực thể cực kỳ hiếm gặp. Mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và đánh giá tiên lượng, đồng thời cho thấy giá trị của việc phối hợp lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học trong tiếp cận và chẩn đoán. Phẫu thuật cắt trọn khối u được xem là lựa chọn tối ưu, mang lại

kết quả khả quan và nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán đúng và kịp thời cùng xử trí chính xác tại vị trí phức tạp này. Dù hiếm khi chuyển dạng ác tính, khối u này vẫn được khuyến nghị theo dõi lâu dài và có chiến lược theo dõi cụ thể để phát hiện sớm tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Board WCoTE. WHO Classification of Tumours: Female Genital Tumours. 5th ed. Lyon: IARC; 2020:119-143.
- [2]. Guo JX, Zhao JG, Bao YN. Adult sacrococcygeal teratoma: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(52).
- [3]. Hassan I, Wietfeldt ED. Presacral tumors: diagnosis and management. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2009;22(2):84-93.
- [4]. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021:79–129; 186–234; 582–601; 602–635.
- [5]. Liu R, Chen J, Shao C, et al. Primary immature teratoma in the liver with growing teratoma syndrome and gliomatosis peritonei: a rare case report. *Diagnostic Pathology*. 2022;17:86.
- [6]. Mindaye ET, Kassahun M, Prager S, et al. Adult case of giant sacrococcygeal teratoma: case report. *BMC Surgery*. 2020;20:295.
- [7]. Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 11th ed: Elsevier; 2018:1367–1431.
- [8]. Weerakkody Y, Sharma R, Campos A, et al. Sacrococcygeal teratoma. 2025.