

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐA TINH HOÀN PHÁT HIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA LONG AN NĂM 2016

Đặng Văn Lâm¹, Vũ Văn Nền¹, Võ Công Luận¹, Trình Kim Thủy¹, Phạm Xuân Cường¹

TÓM TẮT

Đa tinh hoàn là bất thường bẩm sinh rất hiếm của hệ sinh dục nam. Người đa tinh hoàn có nhiều hơn 2 tinh hoàn trở lên, thường gặp nhất là thể 3 tinh hoàn. Đến thời điểm hiện tại Y văn thế giới ghi nhận bất thường này dưới 200 trường hợp. Phần lớn phát hiện trong độ tuổi 15-25. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bé trai 12 tuổi đa tinh hoàn (3 tinh hoàn) với tinh hoàn dư thừa nằm ở bìu phải. Trên lâm sàng, bệnh nhân có khối không đau ở bìu phải. Cả siêu âm và cộng hưởng từ phát hiện hình ảnh điển hình của đa tinh hoàn. Trong hầu hết các trường hợp siêu âm đủ để chẩn đoán. Cộng hưởng từ được sử dụng trong những trường hợp biến chứng. Trong những trường hợp không biến chứng, điều trị bảo tồn bằng cách theo dõi dựa vào siêu âm định kỳ.

Từ khóa: Đa tinh hoàn, tinh hoàn dư thừa, bất thường bẩm sinh, siêu âm, cộng hưởng từ.

ABSTRACT

CASE REPORT: A POLYORCHIDISM WAS DETECTED AT LONG AN GENERAL HOSPITAL IN 2016

Dang Van Lam¹, Vu Van Nen¹, Vo Cong Luan¹, Trinh Kim Thuy¹, Pham Xuan Cuong¹

Polyorchidism is a very rare congenital abnormality of male reproductive system. Patients have more than 2 testes, most often 3 testes. Up to now, the medical literature has noted under 200 cases of this anomaly. The most common age range is 15- 25. We report a case of a 12 year old boy with right supernumerary testis in the right hemiscrotum (3 testes). He presented with painless mass in his right hemiscrotum. Both ultrasound and MRI examinations revealed polyorchidism. In most cases sonography alone is diagnostic. MRI may provide additional information in complicated cases of polyorchidism. Conservative treatment with sonographic follow-up is the choice of treatment in uncomplicated cases.

Key words: Polyorchidism, supernumerary testis, congenital abnormality, sonography, magnetic resonance imaging.

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An

- Ngày nhận bài (Received): 21/12/2016; Ngày phản biện (Revised): 26/12/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 2/1/2017
- Người phản biện: Nguyễn Phước Bảo Quân
- Người phản hồi (Corresponding author): Đặng Văn Lâm
- Email: dangvanlam21088@gmail.com;

I. MỞ ĐẦU

Đa tinh hoàn là bất thường bẩm sinh rất hiếm gặp ở nam [2], [3]. Trên lâm sàng, qua thăm khám đơn thuần có thể nhầm lẫn với nang hoặc u mào tinh. Nhưng về hình ảnh siêu âm và cộng hưởng từ rất điển hình, không cần thiết phải sinh thiết [1], [3], [9], [10]. Tại bệnh viện chúng tôi phát hiện một trường hợp 3 tinh hoàn, với tinh hoàn dư thừa nằm ở bìu phải. Chúng tôi xin báo cáo cụ thể như sau:

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH

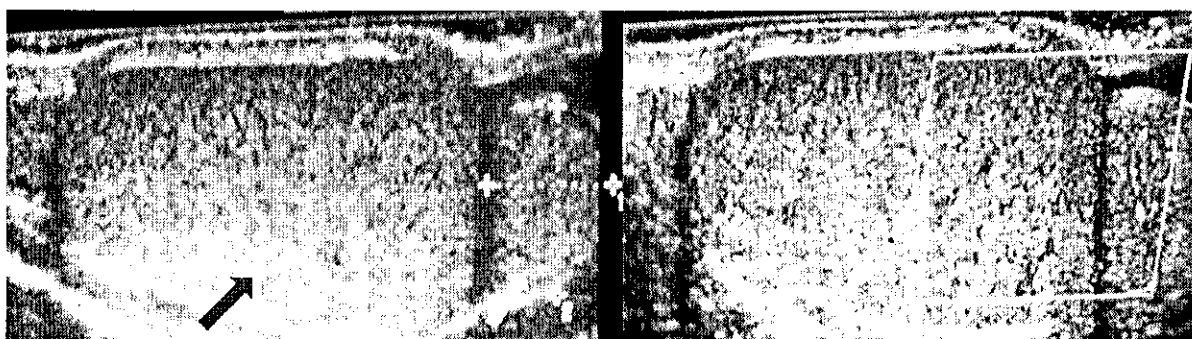
Về lâm sàng: Bé trai 12 tuổi, đi khám bìu do

người nhà quan sát thấy bên to bên nhỏ, bé không đau, không sưng. Thăm khám lâm sàng ở bìu phải ghi nhận cực dưới tinh hoàn có một khối hình bầu dục, giới hạn rõ, mật độ chắc giống tinh hoàn.

Về cận lâm sàng:

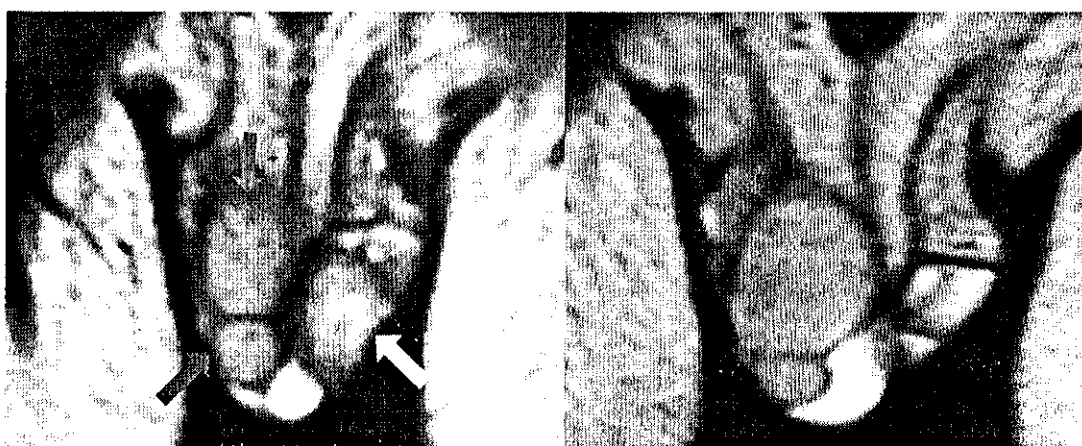
Sinh hóa: AFP 0,662 UI/ml, beta HCG < 0,001 mUI/ml.

Siêu âm: Ở bìu phải, ngoài tinh hoàn phải kích thước # 2x2,5 cm, cực dưới có khối hình bầu dục, tách rời hoàn toàn tinh hoàn phải, giới hạn rõ, đồng nhất, sinh âm và bắt màu hoàn toàn giống tinh hoàn nằm kế cận, kích thước # 0,8x1cm.

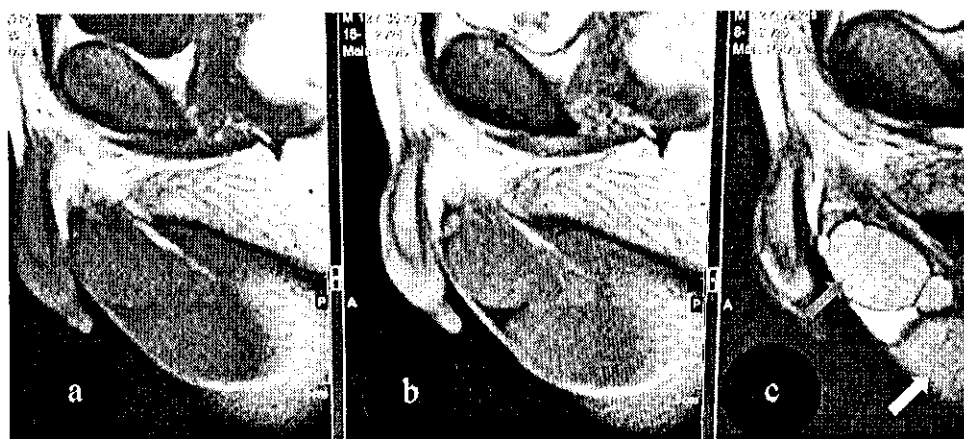


Hình 1. Hình ảnh siêu âm cắt dọc bìu phải. Ở bìu phải ngoài tinh hoàn phải (mũi tên màu đỏ), cực dưới có khối hình bầu dục, tách rời hoàn toàn tinh hoàn phải (mũi tên màu vàng), giới hạn rõ, đồng nhất, sinh âm và bắt màu hoàn toàn giống tinh hoàn nằm kế cận. Đó là tinh hoàn dư thừa ở bìu phải.

Trên cộng hưởng từ: Trên T1W, T2W, T1W + Contrast, T2 fat sat giúp khẳng định đa tinh hoàn, với 2 tinh hoàn ở bìu phải.



Hình 2. Trên hình ảnh T2W, cho thấy ngoài 2 tinh hoàn bình thường, bìu phải có khối bầu dục đồng tín hiệu 2 tinh hoàn bình thường, đồng nhất. Đó là hình ảnh tinh hoàn thứ 3. Mũi tên màu xanh dương chỉ tinh hoàn bình thường ở bìu phải, mũi tên màu đỏ là tinh hoàn dư thừa ở bìu phải và mũi tên màu vàng chỉ tinh hoàn ở bìu trái.



Hình 3. Minh họa 2 tinh hoàn ở bìu phải (mũi tên màu xanh dương chỉ tinh hoàn bình thường, mũi tên màu đỏ là tinh hoàn dư thừa) và 1 tinh hoàn ở bìu trái (mũi tên màu vàng).

Trên T1W (hình a) tinh hoàn thừa có tín hiệu trung gian giống tín hiệu tinh hoàn cùng bìu, T1W + Contrast (hình b) tăng quang nhẹ đồng nhất, giống tinh hoàn nằm kế cận, không phát hiện tín hiệu bất thường, T2W (hình c) tinh hoàn thừa tín hiệu giống tinh hoàn kế cận. Và quan trọng, tinh hoàn thừa này cũng giống 2 tinh hoàn bình thường, nó có vỏ bao tín hiệu thấp trên cả T1W và T2W.

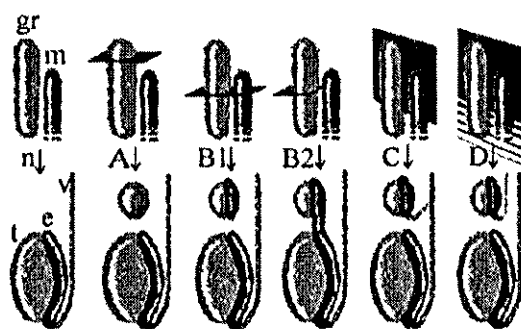
Chẩn đoán xác định: Đa tinh hoàn type A (theo phân type của Leung)

III. BÀN LUẬN

Phôi thai bình thường, vào thời điểm 6 tuần, tinh hoàn nguyên thủy phát triển từ rãnh sinh dục (genital ridge) nằm phía trong ống trung thận (mesonephric duct). Cơ chế chính xác xảy ra đa tinh hoàn không được biết rõ, có thể do sự phát triển của những dây phức tạp ảnh hưởng đến sự phân chia theo chiều ngang hoặc chiều dọc của rãnh sinh dục [2], [5], [10].

Dựa vào phát triển phôi thai, Leung chia đa tinh

hoàn ra thành 4 type: A, B, C, D. Ở type A, tinh hoàn dư thừa (supernumerary testis) thiếu mào tinh và ống dẫn tinh. Điều này xảy ra khi sự phân chia tách một phần nhỏ rãnh sinh dục, phần này không tiếp xúc với ống trung thận. Ở type B, tinh hoàn dư thừa có riêng mào tinh, phụ thuộc vào mức độ phân chia, có thể liên kết dọc mào tinh của tinh hoàn bình thường còn lại (B2) hoặc có thể không kết nối với tinh hoàn bình thường (B1). Sự phân chia rãnh sinh dục xảy ra vùng tuyến sinh dục nguyên thủy (primordial gonads) gần vào ống trung thận. Ở type C, tinh hoàn dư thừa có riêng mào tinh và chia sẻ chung ống dẫn tinh với tinh hoàn còn lại. Biến thể này là kết quả từ phân chia chiều dọc không hoàn toàn của rãnh sinh dục và vị trí gần của ống trung thận. Ở type D, nhân đôi hoàn toàn theo chiều dọc của rãnh sinh dục và ống trung thận, dẫn đến nhân đôi hoàn toàn tinh hoàn, mào tinh và ống dẫn tinh. Type này có thể liên quan với bất thường niệu quản đôi cùng bên và là type ít gặp nhất [6], [10].



Hình 4. Ở phôi bình thường (n) 6 tuần tuổi, tinh hoàn nguyên phát phát triển từ rãnh sinh dục (gr) ở phía trong ống trung thận (m). Lúc phôi khoảng 8 tuần, tinh hoàn nguyên thủy (t) có hình dạng, mào tinh (e) và ống dẫn tinh (v) xuất phát từ ống trung thận.

Những trường hợp đa tinh hoàn không biến chứng, về lâm sàng đó là những khối ở bìu không đau, những bệnh nhân này nên theo dõi thời gian dài. Khoảng 40% xảy ra cùng với tinh hoàn ẩn, 15% trường hợp có thể tìm thấy trong trường hợp xoắn tinh hoàn [10]. Có thể xoắn cả nửa bìu cùng bên hoặc chỉ tinh hoàn dư thừa bị xoắn. Chưa ghi nhận báo cáo nào tình trạng vi vô hóa tăng lên trong đa tinh hoàn [2].

Chuyển dạng ác tính có thể xảy ra ở tinh hoàn thừa, không phân biệt vị trí. U tân sinh thường được báo cáo nhất ở tinh hoàn thừa là dạng “embryonal carcinoma”, “germ cell tumor”, “seminoma” [2], [10].

Về hình ảnh siêu âm của đa tinh hoàn cho thấy tinh hoàn dư thừa hình ảnh khối đặc, hình tròn hoặc bầu dục, giới hạn rõ, sinh âm giống tinh hoàn bình thường cùng bên, có thể quan sát được trung thất và mào tinh riêng, tùy theo type lâm sàng. Có thể nằm phía trên hoặc phía dưới tinh hoàn bình thường. Trên siêu âm Doppler màu, tinh hoàn dư thừa cũng bắt màu giống như mô tinh hoàn bình thường kế cận [1], [2], [3].

Về phương diện cộng hưởng từ, tinh hoàn dư thừa có cấu trúc hình tròn hoặc hình bầu dục, giới hạn rõ, cho thấy hình ảnh đặc trưng điển hình của tinh hoàn, với tín hiệu trung gian đồng nhất trên T1W, tín hiệu cao đồng nhất trên T2W và T2 fat sat. Các tinh hoàn (bình thường và tinh hoàn dư thừa) đều thấy có vỏ bao tín hiệu thấp cả trên T1W, T2W. Trên T1W có cản quang tín hiệu tinh hoàn thừa hoàn toàn giống tinh hoàn còn lại kế cận, không thấy tín hiệu bất thường trên Cộng hưởng từ [3], [10].

Đến giờ phút này, các tài liệu báo cáo trên thế giới cho thấy phần lớn các tác giả chẩn đoán đa tinh hoàn chủ yếu dựa vào siêu âm và cộng hưởng từ. Các tác giả cho rằng siêu âm là công cụ hiệu quả và không xâm lấn cho chẩn đoán chính xác đa tinh hoàn. Hình ảnh cộng hưởng từ nên dùng ở những trường hợp biến chứng cung cấp nhiều thông tin cho chẩn đoán ví dụ trong tinh hoàn ẩn hoặc u tân sinh. Không cần thiết thực hiện sinh thiết để chẩn đoán

[1], [3], [9], [10].

Quản lý những trường hợp đa tinh hoàn đến hiện tại chưa rõ ràng. Tuy nhiên, nếu chất chỉ điểm u ác tính tinh hoàn âm tính và không thấy u trên hình ảnh, quan sát tinh hoàn dư thừa có mào tinh riêng rõ ràng trên hình ảnh thì chỉ cần theo dõi bệnh nhân bằng siêu âm (khoảng cách 3 đến 6 tháng). Nếu quan sát tinh hoàn dư thừa không có mào tinh, hoặc tinh hoàn dư thừa ẩn, xoắn, hoặc bất kỳ nghi ngờ ác tính nào thì nên cắt bỏ tinh hoàn dư thừa [3], [5], [10]. Trong một nghiên cứu hồi cứu 140 trường hợp, Bergholz đã thấy rằng hầu hết những trường hợp ác tính rơi vào những trường hợp tinh hoàn dư thừa không xuống bìu [4].

Bệnh lý khác bất trước đa tinh hoàn là dính tuyến sinh dục – lách (splenogonadal fusion), đây cũng là bất thường bẩm sinh rất hiếm. Trong bệnh này, lách, tuyến sinh dục, mào tinh và ống dẫn tinh bị dính với nhau. Trên siêu âm trắng đen, phát hiện một khối phản âm tương tự hoặc kém hơn tinh hoàn nằm kế cận tinh hoàn [8], [10]. Tuy nhiên theo báo cáo trường hợp ca bệnh dính tuyến sinh dục tác giả Stewart thì dính tuyến sinh dục – lách trên Doppler màu có hình ảnh mạch máu nằm trung tâm khối và dạng nhánh cây [8]. Hình ảnh cộng hưởng từ có giá trị chẩn đoán khá cao [7], mô lách có tín hiệu thấp trên T1W, tín hiệu cao trên T2W, tăng quang không đồng nhất ngay sau bơm thuốc cản quang, và tăng quang đồng nhất ở thì tĩnh mạch. Nếu thật sự nghi ngờ dính tuyến sinh dục – lách (splenogonadal fusion), kỹ thuật xạ hình lách với ^{99m}Tc sulfur colloid được sử dụng để chẩn đoán [7], [8].

IV. KẾT LUẬN

- Đa tinh hoàn là bất thường bẩm sinh rất hiếm gặp.
- Chẩn đoán đa tinh hoàn hiện nay chủ yếu dựa vào hình ảnh học, không cần thiết thực hiện giải phẫu bệnh.
- Siêu âm và cộng hưởng từ là 2 công cụ không xâm lấn và có giá trị chẩn đoán đa tinh hoàn.
- Siêu âm đơn độc có khả năng đủ chẩn đoán. Nên thực hiện cả siêu âm và cộng hưởng từ trong

trường hợp tinh hoàn dư thừa nghi ngờ có biến chứng hoặc bất thường khác kèm theo: u tinh hoàn dư thừa, tinh hoàn thừa ẩn, xoắn...

-Không cần thiết can thiệp phẫu thuật khi đã chẩn đoán xác định đa tinh hoàn không biến chứng và nên theo dõi định kỳ bằng siêu âm mỗi 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZH, et al., (2003), Multimodality Imaging of Paratesticular Neoplasms and Their Rare Mimics, Radiographics Nov-Dec;23(6):1461-76.
2. Amodio JB, Maybody M, Slowotsky C, et al., (2004), Polyorchidism Report of 3 Cases and Review of the Literature, J Ultrasound Med; 23:951-957.
3. Artul S, Habib G, (2014), Polyorchidism: two case reports and a review of the literature, J Med Case Rep.; 8: 464.
4. Bergholz R, Wenke K (2009): Polyorchidism: a meta-analysis. J Urol. 182: 2422-2427.
5. Bozgeyik Z, Kocakoç E, Öztürk T, (2008), Polyorchidism with lobulation and septa in supernumerary testis, Diagn Interv Radiol; 14:100-102.
6. Leung AK. (1988) Polyorchidism. Am Fam Physician. 38:153-6.
7. Mohamed ABF (2015) Rare Congenital Genitourinary Anomalies, 69-72.
8. Stewart VR, Sellars ME, Somers S, et al., (2004), Splenogonadal Fusion B-Mode and Color Doppler Sonographic Appearances, J Ultrasound Med; 23:1087-1090.
9. Wu G, Yuan JJ, Wu Q, et al., (2010), High-frequency color Doppler ultrasonography: valuable for diagnosis of polyorchidism, National journal of andrology Aug pg 716-20.
10. Yalçınkaya S, Şahin C, and Şahin AF, (2011), Polyorchidism: sonographic and magnetic resonance imaging findings, Can Urol Assoc J. Oct; 5(5): E84-E86.