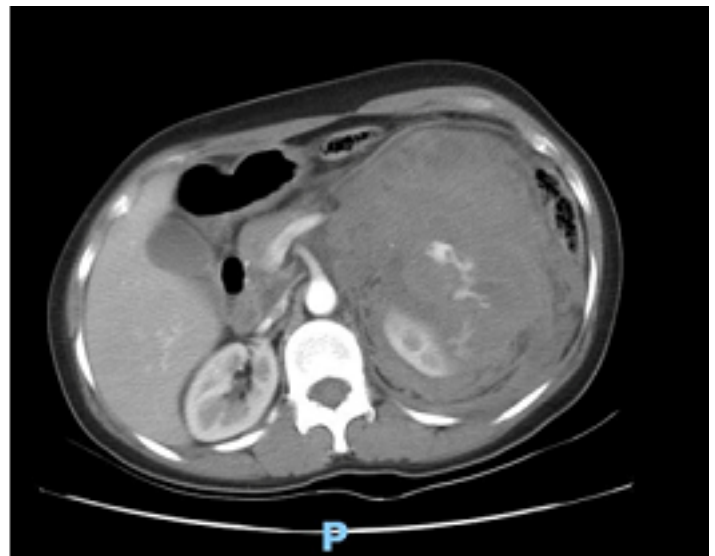
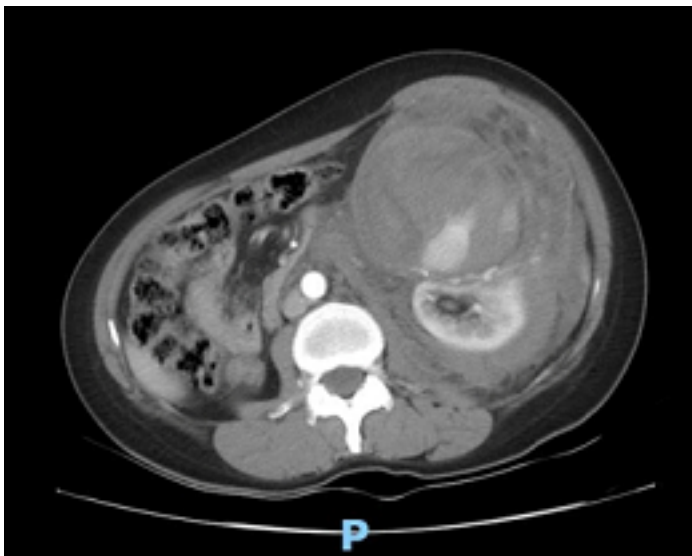


Bs Tron Lê Pháp -o

TÓM Ti T:

U co mo moch thon (Angiomyolipoma) điợc phát hien lon điu tiên vào năm 1911 do Fischer và điu năm 1951 điợc Morgan đit tên và so đing cho điu ngày nay[1], đó là mot loi u thon lành tính chia các thành phan moch máu, co tron và mo [2,3]. Nhong khi u nho thong không nguy him và nên tái khám thong xuyên 6 tháng hàng năm đi theo dõi kích thoc khi u, u co mo moch thon lon có tho gây nguy him nou vo gây bien chong choáng, mot máu cop và có tho gây ti vong[4]. Điu tro u co mo moch thon vo bao gom boo tin, nút đing moch thon chon loc, hoc cot toàn phan hoc bán phan thon[3,4]. Chúng tôi trình bày mot trong hop binh nhan no 43 tuoi, vào vit no vit đau hông long trái, có khi u go lon vùng bing trái, choáng mot máu cop, nghi mot khi u thon vo và điợc phou thuot cot bo toàn bo thon và khi u, gioi phou binh sau 5 ngày cho kit quo u co mo moch thon. Binh nhan no đinh ra vit no vit no tái khám sau 1 tháng và 3 tháng kim tra chia thoy bit thong khác.



Hình o nh co t lop vi tính khi u thon vo.

Đ T V N Đ :

U c m m ch th n là m t kh i u trung mô lành tính, có th xu t hi n m t mình ho c là m t ph n c a ph c h p x c ng c (tuberous sclerosis complex)[1,2,4,5] . T l hi n m c chung là 0,44%, v i 0,6% n và 0,3% nam, ch 5% trong s nh ng b nh nh n này có nhi u kh i u. Nó thu c m t h g i là PEComas (u t bào bi u mô quanh m ch), đ c tr ng b i s t ng sinh c a các t bào bi u mô quanh m ch. M t s PEComas có th ác tính và di căn xa. Có 2 lo i u c m m ch th n: c đi n và bi n th bi u mô. Đ c bi t, lo i bi n th bi u mô có kh năng ti n tri n ác tính và di căn.[1,4]

Siêu âm, CT, MRI th ng đ c dùng đ ch n đoán u, vì thành ph n m trong đó, tuy nhiên trong m t s u c m m ch th n nghèo thành ph n m thì khó ch n đoán xác đ nh là lành tính và đ c khuy n ngh nên đi u tr theo ung th t bào th n RCC[4]. U th ng phát tri n ch m và n đ nh, nh ng kh i u nh <4cm và ch a gây ra bi n ch ng th ng đ c theo dõi 6 tháng và hàng năm. Nh ng kh i u l n có th v gây ra ch y máu t phát gây ra h i ch ng Wunderlich: đau t c hông l ng c p, ph n ng thành b ng và s c gi m th tích có th gây đe d a tính m ng. Đi u tr ch y máu do angiomyolipoma v bao g m đi u tr b o t n, nút m ch ch n l c ho c c t bán ph n hay c t toàn b th n.[3,4,6]

Chúng tôi trình bày m t ca u th n v gây t máu sau phúc m c choáng m t máu c p, đ c ph u thu t c t toàn b th n.

TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG:

B nh nh n n 43 tu i vào vi n v i tình tr ng đ t ng t đau b ng vùng hông l ng trái nhi u, da niêm m c nh t màu, kh i g l n vùng b ng bên trái. Ti n s b nh nh n ch a phát hi n b nh lý u c m m ch th n.

Sinh hi u b nh nh n lúc vào vi n: Huy t áp: 90/60 mmHg, m ch: 90 l n /phút, nh p th : 22 l n /phút, nhi t đ : 37 0C.

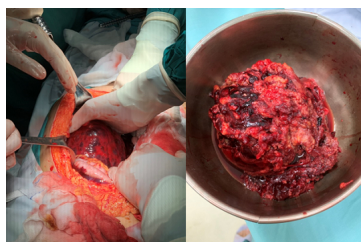
Khám b nh: Da niêm m c nh t màu, đau nhi u vùng hông trái, kh i g l n vùng h s n trái.

Công th c máu: b ch c u 20,74 M/ μ L, hemoglobin 82 g/dL, hematocrit 26,2 %. Ch c năng th n, đ n gi i đ , đông c m máu trong gi i h n bình th ng. B nh nhân đ c ch p CT c p c u ghi nh n kh i t d ch máu l n sau phúc m c quanh th n trái, có kh i t n th ng liên t c m t tr c th n trái, bên trong có ch a d ch máu, thoát thu c c n quang ò thì mu n, theo dõi m t kh i u th n v . B nh nhân đ c truy n 4 đ n v h ng c u kh i, công th c máu sau truy n b ch c u 15,63 M/ μ L, Hgb 78g/dL, Hct 23%, Huyết áp theo dõi trong quá trình truy n máu dao đ ng 80/50 mmHg đ n 90/60 mmHg. H i ch n quy t đ nh ph u thu t c p c u.

- L c đ ph u thu t c t b th n và kh i u c a b nh nhân:

B nh nhân n m ng a, r ch da đ ng tr ng gi a bên d i r n vào ò phúc m c th y có nhi u máu loãng, kh i u sau phúc m c bên trái l n 20x20 cm, th m l u máu khoang sau phúc m c. Ti n hành c t l y u, th y u xâm l n vào th n ngay v trí gi a th n v phía r n th n, t ch c u nghi ng ác tính, kèm nhi u m ch máu tăng sinh m nh. Đánh giá không có kh năng b o t n th n, c t th n toàn b kèm kh i u. C m máu kĩ ki m tra không th y t n th ng gì thêm, r a s ch ò phúc m c, đ n l u ò phúc m c, đóng l i v t m hai l p.

Sau ph u thu t, b nh nhân đ c chuy n khoa ICU theo dõi và đ i u tr . Sau m t ngày h u ph u, lâm sàng b nh nhân ò n đ nh, các xét nghi m ki m tra h u ph u trong gi i h n bình th ng, không còn tình tr ng ch y máu, đ c chuy n xu ng khoa đ i u tr . Sau 5 ngày có k t qu gi i ph u b nh là u c m m ch th n, b nh nhân đ c c t ch v t m và ra vi n sau 10 ngày. B nh nhân tái khám ki m tra sau 1 tháng và 3 tháng sau m không phát hi n thêm b t th ng khác.



Hình nh kh i u th n đ c ph u thu t

BÀN LU N:

U c m m ch th n là kh i u lành tính ph bi n th n, Kho ng 80% tr ng h p b nh xu t hi n m t bên [4,5], hay g p ph n đ tu i trung niên và th ng ch có m t u v i kích th c nh ít gây bi n ch ng. 20% còn l i n m trong b nh c nh c a x c ng c , m t b nh lý di truy n bi u hi n b nh đ tu i tr h n và đ u nhau hai gi i [4,7]. Tr ng h p này th ng có nhi u u v i kích th c l n và c hai bên th n. Ngày nay, các ph ng ti n ch n đoán hình nh đ dàng phát hi n và ch n đoán chính xác kh i u c m m ch khi ch a có tri u ch ng trên lâm sàng. M t t l nh u có xu h ng ác tính, và m t s u có t l m th p th ng khó đánh giá chính xác đ phân bi t v i ung th th n RCC[2,4]. V đ i u tr ch y u là theo dõi và b o t n tr tr ng h p u gây bi n ch ng ho c kh i u l n đ a v gây nguy hi m. U c m m ch <4cm có th theo dõi đ nh k ki m tra kích th c kh i u m i 6 tháng, nh ng kh i u >4cm nên can thi p đ i u tr đ tránh tình tr ng chèn ép th n, ho c v kh i u gây m t máu c p. Vi c đ i u tr kh i AML có th l a ch n b o t n, nút m ch ch n l c ho c c t th n bán ph n hay toàn ph n[4]. Nh ng kh i u t v gây ch y máu có th bi n đ i gây khó khăn trong ch n đoán trên hình nh[5].

B nh nhân c a chúng tôi nh p vi n v i tình tr ng c p c u, đau b ng hông l ng trái choáng m t máu c p, ti n s b nh nhân ch a phát hi n u c m m ch tr c đó. Hình nh CT có kh i máu t l n sau phúc m c, kèm hình nh nghi u th n v bên trái ch a th lo i tr kh i u ác tính. Sau khi bù d ch, máu, tình tr ng ch y máu và sinh hi u b nh nhân v n không c i thi n nên chúng tôi h i ch n ph u thu t c p c u. Trong ph u thu t, ki m tra th y kh i u th n r t l n, có nhi u m ch máu tăng sinh, nghi ng ác tính nhi u và xâm l n vào g n r n th n, không th b o t n đ c th n trái, ti n hành c t b toàn b th n và kh i u.

K T LU N:

U c m m ch th n là m t kh i u th n lành tính, hi n nay vi c phát hi n u và ch n đoán trên hình nh đ dàng b i các ph ng ti n siêu âm, CT, MRI. Các kh i u kích th c nh th ng không gây nguy hi m và đ c theo dõi ki m tra đ nh k 6 tháng, m t năm đ xem xét s thay đ i kích th c kh i u. Các kh i u l n, có nguy c gây v nên đ c can thi p đ i u tr s m b ng các ph ng pháp nút m ch, c t th n bán ph n hay toàn ph n

KHUY N CÁO:

M i ng i nên đi khám s c kh e đ nh kì 6 tháng m t l n đ t m soát và phát hi n tình tr ng b nh lí s m, đ c bi t là b nh u c m m ch th n. Phát hi n s m và khi kh i u còn nh đ đ c

t v n và đ u tr s m tránh các bi n ch ng nghiêm tr ng có th nguy hi m tính m ng và ph i c t b toàn b th n nh tr ng h p lâm sàng nêu trên.

Tài li u tham kh o

Ti ng Vi t:

1. Ph m Ng c Hùng*, Hoàng V ng Th ng, Tr ng Văn C n,Nguy n Kim Tu n, Phan H u Qu c Vi t, Nguy n Văn Qu c Anh,Phan T n Vũ, Lê Nguyên Kha, Nguy n Văn Hùng Anh, Lê Duy Cát. Báo cáo tr ng h p: Nhân m t tr ng h p nút m ch ch n l c đ u tr u c m m ch th n v . T p chí Y h c lâm sàng s -76/2022.

Ti ng Anh:

1. Andreas Adam CBE, MB, BS(Hons), PhD, PhD (hon caus), DSc (hon caus), FRCP, FRCR, FRCS, FFRRCSI(Hon), FRANZCR(Hon), FACR(Hon), FmedSci. Renal Masses: Imaging and Biopsy, in Grainger & Allison's Diagnostic Radiology, 2021

2. Carol M. Rumack MD, FACR. The Kidney and Urinary Tract, in Diagnostic Ultrasound, 2018.

3. B. Ljungberg (Chair), L. Albiges, J. Bedke, A. Bex (Vice-chair), U. Capitanio, R.H. Giles (Patient Advocate), M. Hora, T. Klatte T. Lam, L. Marconi, T. Powles, A. Volpe Guidelines Associates: Y. Abu-Ghanem, S. Dabestani, S. Fernández-Pello Montes, F. Hofmann, T. Kuusk, R. Tahbaz Guidelines Office: J.A. Darraugh. EUA guidelines of reanal cell carcinoma 2022.

4. Michael J. Weston, Tze M. Wah. [Solid renal masses](#) , in [Clinical Ultrasound \(Third Edition\)](#) , 2011

5. Wissem Ben Mansoura, Sami Ben Rhouma, Myriam Jrad, Alia Zehani, Seifeddine Boukrida, Habiba Mizouni. Spontaneous rupture of large bilateral renal angiomyolipomas in a patient with tuberous sclerosis complex: A case report and literature review, in [Urology Case Reports Volume 30](#)

, May 2020, 101124

6. Alan W. Partin MD, PhD, Pediatric Urologic Oncology : Renal and Adrenal, in Campbell-Walsh-Wein Urology, 2021