

TWO CASES OF LAPAROSCOPIC EXCISION OF A BLEEDING SEMINAL VESICLE CYST IN ZINNER SYNDROME AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL AND VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Trịnh Hoàng Giang¹, Nguyễn Tuấn Đạt², Nguyễn Văn Phúc², Bùi Văn Quang¹, Phan Lê Nhật Long², Phạm Đức Mạnh², Nghiêm Trung Hưng², Lê Đức Phúc², Phạm Thị Thu Trang¹, Nguyễn Đăng Kiên¹

¹Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem ward, Hanoi, Vietnam

²108 Military Central Hospital - 1B Tran Hung Dao, Hai Ba Trung ward, Hanoi, Vietnam

Received: 16/06/2026

Revised: 13/07/2026; Accepted: 20/07/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic seminal vesicle cyst excision in patients presenting with hematospermia and to review the literature on the rare Zinner syndrome.

Subjects and methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on two male patients with hemorrhagic seminal vesicle cysts who underwent laparoscopic surgery at 108 Military Central Hospital and Viet Duc University Hospital. Clinical characteristics, imaging findings, operative details, perioperative outcomes, and postoperative follow-up data were analyzed.

Results: Patient 1 was a 16-year-old male diagnosed with a left seminal vesicle cyst measuring 60 × 40 mm associated with left renal agenesis and a solitary right kidney. Laparoscopic excision was performed using four trocars (three 10-mm and one 5-mm trocars). Operative time was 90 minutes with blood loss less than 50 ml. No intraoperative complications occurred. The patient was discharged after 5 days. Histopathology revealed a seminal vesicle cyst with chronic fibrotic stromal inflammation.

Patient 2 was a 24-year-old male diagnosed with a right seminal vesicle cyst measuring 70 × 35 mm associated with right renal agenesis and a solitary left kidney. Surgery was completed laparoscopically using four trocars (two 10-mm and two 5-mm trocars). Operative time was 95 minutes with negligible blood loss. No intraoperative complications were observed. Length of hospital stay was 5 days. Histopathological examination demonstrated a benign seminal vesicle cyst with fibrotic connective tissue.

At 6-month follow-up, hematospermia resolved completely in both patients; however, semen analysis showed decreased sperm quantity and quality.

Conclusion: Seminal vesicle cysts are rare lesions commonly associated with Zinner syndrome. Cysts larger than 5 cm are more likely to cause clinical symptoms. Laparoscopic excision is a safe and effective minimally invasive treatment for symptomatic seminal vesicle cysts. Zinner syndrome may adversely affect male fertility despite successful surgical management.

Keywords: Hematospermia, seminal vesicle cyst, laparoscopic seminal vesicle resection, Zinner syndrome.

*Corresponding author

Email: linhletrshs@gmail.com Phone: (+84) 982990747 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5801

HAI TRƯỜNG HỢP NỘI SOI Ổ BỤNG CẮT NANG TÚI TINH CHẢY MÁU TRONG HỘI CHỨNG ZINNER HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 VÀ BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trịnh Hoàng Giang¹, Nguyễn Tuấn Đạt², Nguyễn Văn Phúc², Bùi Văn Quang¹, Phan Lê Nhật Long², Phạm Đức Mạnh², Nghiêm Trung Hưng², Lê Đức Phúc², Phạm Thị Thu Trang¹, Nguyễn Đăng Kiên¹

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 1B Trần Hưng Đạo, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/06/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt nang túi tinh chảy máu và điểm lại y văn về hội chứng Zinner hiếm gặp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 2 bệnh nhân nang túi tinh chảy máu được phẫu thuật nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kết quả: Bệnh nhân số 1 là nam giới, 16 tuổi, nang túi tinh trái kích thước 60 × 40 mm, thận trái bất sản, chỉ có thận phải duy nhất. Thời gian phẫu thuật 90 phút. Sử dụng 4 trocar (3 trocar 10 mm và 1 trocar 5 mm). Không có biến chứng trong mổ. Số lượng mất máu dưới 50 ml. Thời gian nằm viện 5 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh: nang túi tinh viêm mô đệm xơ hóa mạn tính.

Bệnh nhân số 2 là nam giới, 24 tuổi, nang túi tinh phải kích thước 70 × 35 mm, thận phải bất sản, chỉ có thận trái duy nhất. Thời gian phẫu thuật 95 phút. Sử dụng 4 trocar (2 trocar 10 mm và 2 trocar 5 mm). Không có biến chứng trong mổ. Số lượng máu mất không đáng kể. Thời gian nằm viện 5 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh: nang túi tinh lành tính xơ hóa lớp mô liên kết.

Sau mổ 6 tháng, 2 bệnh nhân kiểm tra xuất tinh không có máu trong tinh dịch nhưng tinh dịch đồ giảm số lượng và chất lượng tinh trùng.

Kết luận: Nang túi tinh là bệnh lý hiếm gặp, thường nằm trong hội chứng Zinner. Nang túi tinh có kích thước lớn hơn 5 cm gây biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Hội chứng Zinner ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của bệnh nhân.

Từ khóa: Xuất tinh máu, nang túi tinh, nội soi ổ bụng cắt túi tinh, hội chứng Zinner.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất tinh máu ở nam giới có nguyên nhân thường gặp nhất là chảy máu ở túi tinh [1]. Hội chứng Zinner là một rối loạn bẩm sinh hiếm gặp, đặc trưng bởi các dấu hiệu: nang túi tinh, thiểu sản thận cùng bên và tắc nghẽn không hoàn toàn hoặc hoàn toàn ống phóng tinh [2]. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 0,0046% [3], với 214 trường hợp được phát hiện báo cáo trong y văn [4]. Các triệu chứng của hội chứng Zinner thường không đặc hiệu và có thể bao gồm các triệu chứng: đau hoặc khó chịu vùng tiểu khung, tiểu khó, viêm mào tinh hoàn, xuất tinh đau và xuất tinh ra máu. Một số trường hợp hội chứng Zinner gây vô sinh vì không có tinh trùng [2]. Hội chứng Zinner thường được chẩn đoán ở những người trong độ tuổi 30-40. Siêu âm cùng với chụp cộng hưởng từ và chụp cắt lớp vi tính là các phương pháp chẩn đoán chủ yếu để phát hiện bệnh.

Chúng tôi trình bày 2 trường hợp mắc hội chứng Zinner được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt nang túi tinh với các biểu hiện lâm sàng xuất tinh máu, xuất tinh đau và đau tức khó chịu vùng tiểu khung.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2 bệnh nhân được chẩn đoán nang túi tinh chảy máu trong hội chứng Zinner hiếm gặp được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt nang túi tinh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả 2 ca bệnh hồi cứu.

2.3. Biến số và các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện.
- Kích thước khối u.
- Số lượng trocar dùng trong phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật, số lượng máu mất trong phẫu thuật ...
- Tinh dịch đồ sau phẫu thuật.
- Đặc điểm giải phẫu bệnh.

2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

Thông tin bệnh nhân và các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng bao gồm chẩn đoán và điều trị, được lấy từ hồ sơ bệnh án.

*Tác giả liên hệ

Email: trunghscc14@gmail.com Điện thoại: (+84) 979446799 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5801

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, phục vụ nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Bệnh nhân số 1

Nam giới, 16 tuổi, biểu hiện triệu chứng đau tức vùng tiểu khung và xuất tinh máu. Tiền sử bệnh nhân không phát hiện dấu hiệu bất thường. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện: thận trái không thấy, có 1 nang lớn túi tinh trái kích thước 60 mm × 40 mm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt nang túi tinh. Trong mổ phát hiện 1 nang túi tinh lớn từ vị trí sát cổ tuyến tiền liệt đến vị trí phân chia bó mạch chậu. Sau mổ, bệnh nhân hết dấu hiệu đau tức vùng tiểu khung và xuất tinh máu. Kiểm tra tinh dịch đồ sau mổ giảm số lượng và chất lượng tinh trùng. Kết quả giải phẫu bệnh: nang túi tinh viêm mô đệm xơ hóa mạn tính.

3.2. Bệnh nhân số 2

Nam giới, 26 tuổi, chưa kết hôn. Biểu hiện triệu chứng lâm sàng đau tức khi xuất tinh, đại tiện kèm xuất tinh máu. Tiền sử bệnh nhân không có dấu hiệu bất thường. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện: thận phải không thấy, có 1 nang lớn túi tinh phải kích thước 70 mm × 35 mm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt nang túi tinh. Trong mổ phát hiện 1 nang túi tinh lớn sau phúc mạc từ mặt sau tuyến tiền liệt tới ngang ụ nhô xương cùng. Sau mổ, bệnh nhân hết dấu hiệu xuất tinh đau và xuất tinh máu. Kiểm tra tinh dịch đồ sau mổ giảm số lượng và chất lượng tinh trùng. Kết quả giải phẫu bệnh: nang túi tinh lành tính xơ hóa lớp mô liên kết.

Bảng 1. Đặc điểm của 2 bệnh nhân

Đặc điểm	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2
Kích thước nang túi tinh	60 × 40 mm	70 × 35 mm
Số lượng trocar	4 (3 trocar 10 mm + 1 trocar 5 mm)	4 (2 trocar 10 mm + 2 trocar 5 mm)
Số lượng máu mất trong mổ	< 50 ml	Không đáng kể
Thời gian phẫu thuật	90 phút	95 phút
Thời gian nằm viện	5 ngày	
Tinh dịch đồ sau mổ	Mật độ tinh trùng 9 triệu/ml, tỷ lệ sống 36%, di động nhanh 0%, di động trung bình 13%, hình thái tinh trùng bình thường < 1%	

4. BÀN LUẬN

Hội chứng Zinner được định nghĩa bởi bộ ba triệu chứng: bất sản thận một bên (không có một thận), u nang túi tinh cùng bên và tắc nghẽn không hoàn toàn hoặc hoàn toàn ống phóng tinh, lần đầu tiên được bác sĩ Zinner mô tả vào năm 1914. Một nghiên cứu của Liu T và cộng sự (2021) tập hợp được 214 ca bệnh từ năm 1999-2020 [4].

Hội chứng Zinner liên quan đến sự phát triển phôi bất thường trong khoảng từ tuần thứ 4 đến tuần thứ 13, ảnh hưởng đến phần xa của ống trung thận hoặc ống Wolffian. Sự di chuyển không hoàn chỉnh của mầm niệu dục dẫn đến sự hình thành thận, niệu quản, túi tinh và ống dẫn

tinh. Quá trình này cản trở sự biệt hóa của mầm thận, gây ra chứng không có thận cùng bên và teo ống phóng tinh, dẫn đến giãn túi tinh và hình thành cấu trúc dạng nang [5].

Theo báo cáo tổng kết của Van den Ouden D và cộng sự, đa phần nang túi tinh ở bên trái [6], nhưng nghiên cứu của của Liu T và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt về vị trí nang ở 2 phía trái và phải với tỉ lệ phải/trái xấp xỉ 1/1 [4]. 2 bệnh nhân của chúng tôi được phát hiện ở 2 cơ sở y tế khác nhau và khác nhau về vị trí: 1 bệnh nhân có nang túi tinh bên trái và 1 bệnh nhân có nang túi tinh bên phải.

Trong hội chứng Zinner, 80,8% bệnh nhân có triệu chứng biểu hiện, còn lại là phát hiện do tình cờ. Các triệu chứng bệnh khá đa dạng chia thành 3 nhóm biểu hiện chính: nhóm triệu chứng đường tiểu dưới có biểu hiện tiểu nhiều lần (24,2%), tiểu khó (26%), tiểu gấp (13,9%), đau khi đi tiểu (8,2%), tiểu máu (7,5%), tiểu đêm (1,7%), tiểu không tự chủ (1,2%); nhóm có bất thường về chức năng tình dục, sinh sản thường biểu hiện vô sinh (13,9%), đau khi xuất tinh (11%), xuất tinh ra máu (8,7%), sưng tinh hoàn (3,5%), lượng tinh dịch giảm (2,9%), xuất tinh yếu (2,9%), khó chịu khi quan hệ tình dục (2,3%), rối loạn cương dương (1,2%) [4]. 2 bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện xuất tinh máu kèm các dấu hiệu như đau tức vùng tiểu khung hoặc xuất tinh đau.

Đặc biệt, người ta nhận thấy rằng bệnh nhân hội chứng Zinner thường không có triệu chứng cho đến khi u nang túi tinh có kích thước lớn hơn 5 cm. U nang kích thước lớn có thể dẫn đến viêm đường tiết niệu, ảnh hưởng mạnh đến các cơ quan xung quanh, hoặc bị viêm nhiễm gây chảy máu trong nang [2]. 2 bệnh nhân của chúng tôi khi biểu hiện triệu chứng đều có kích thước nang túi tinh lớn hơn 5 cm.

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán hội chứng Zinner. Phương pháp chẩn đoán hiệu quả nhất là chụp cộng hưởng từ. Kỹ thuật này giúp đưa ra quyết định và phương pháp phẫu thuật. Chụp cộng hưởng từ ngoài việc chẩn đoán chính xác thành phần dạng nang, được đặc trưng bởi cường độ tín hiệu thấp trên hình ảnh T1 và cường độ tín hiệu cao trên hình ảnh T2. Thêm vào đó, cộng hưởng từ cho phép kiểm tra kỹ lưỡng hơn các tuyến và có thể xác minh tắc nghẽn ống dẫn tinh. Các tổn thương dạng nang khác ở vùng chậu như áp xe, túi niệu quản lạc chỗ, túi thừa ống dẫn tinh và nang tuyến tiền liệt nằm ở vị trí bên nên được đưa vào chẩn đoán phân biệt. Trong trường hợp bệnh nhân không thể chụp cộng hưởng từ (có các dị vật kim loại trong cơ thể) thì chụp cắt lớp vi tính được lựa chọn để thay thế [7].

Về phương pháp điều trị, bệnh nhân không có triệu chứng thường được khuyên nên theo dõi và tái khám thường xuyên. Điều trị bệnh nhân mắc hội chứng Zinner thường bao gồm nội soi ổ bụng cắt bỏ nang túi tinh và có thể kết hợp nội soi cắt mở ống phóng tinh qua niệu đạo trong trường hợp tắc nghẽn hoàn toàn. 2 bệnh nhân của chúng tôi chỉ cần nội soi ổ bụng cắt nang túi tinh chảy máu do không tắc nghẽn hoàn toàn. Việc ứng dụng hỗ trợ robot trong phẫu thuật nội soi đã được sử dụng rộng rãi trong tái tạo hệ tiết niệu-sinh dục phức tạp, đặc biệt là trong các trường hợp khó khăn về mặt giải phẫu như hội chứng Zinner. Năm 2021, Talwar H.V và cộng sự đã báo cáo 1 trường hợp hội chứng Zinner biểu hiện tiểu máu được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ nang túi tinh bằng nội soi có hỗ

trợ robot, cho thấy việc cắt bỏ chính xác một nang túi tinh lớn chứa sỏi sắc nhọn, với thời gian điều khiển là 110 phút và lượng máu mất trong phẫu thuật tối thiểu [8].

Trong một báo cáo tổng kết của Liu T và cộng sự cho thấy: phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất, được thực hiện trong 127/193 trường hợp (65,8%), bao gồm 39 bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở, 23 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, 23 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ túi tinh nội soi có hỗ trợ robot, 5 bệnh nhân được nội soi túi tinh qua niệu đạo, 4 bệnh nhân được cắt mở ống phóng tinh qua niệu đạo, 1 bệnh nhân được sinh thiết nang túi tinh qua trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm, 1 bệnh nhân được nội soi bàng quang và hút dịch nang, 1 bệnh nhân được mổ nang qua niệu đạo, và 29 bệnh nhân được phẫu thuật mà không có thông tin chi tiết. Trong 1 trường hợp, bệnh nhân tử vong là do di căn của ung thư biểu mô tuyến nhú ở túi tinh sau khi cắt bỏ bàng quang và tuyến tiền liệt triệt để. Trong 1 trường hợp khác, nguyên nhân tử vong là do suy đa tạng liên quan đến ung thư tế bào sáng dạng thận ở tuyến tiền liệt sau phẫu thuật [4].

So với phẫu thuật cắt bỏ túi tinh mổ mở, phẫu thuật cắt bỏ túi tinh nội soi và hỗ trợ robot an toàn hơn, ít xâm lấn hơn, ít chảy máu hơn và phục hồi nhanh hơn. Trong nghiên cứu của Liu T và cộng sự, 46 bệnh nhân được đưa vào đánh giá này đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ túi tinh nội soi (23 bệnh nhân) hoặc hỗ trợ robot (23 bệnh nhân) đều có tiên lượng thuận lợi, không có biến chứng sau phẫu thuật nào được báo cáo [4].

Tuy nhiên, hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật trong điều trị vô sinh trong trường hợp tắc nghẽn hoàn toàn vẫn còn hạn chế. Do đó, các công nghệ hỗ trợ sinh sản đang được xem là chiến lược chính để đạt được khả năng sinh sản ở những bệnh nhân nêu trên [2].

Cơ chế chính xác mà hội chứng hội chứng Zinner gây vô sinh vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn. Một số học giả đã đề xuất mối liên hệ với thiếu tinh hoặc vô tinh, trong khi những người khác cho rằng tắc nghẽn ống dẫn tinh có thể

dẫn đến sản sinh kháng thể kháng tinh trùng hoặc các yếu tố ức chế khác. Trong mọi trường hợp, đa số bệnh nhân không thể thụ thai tự nhiên sau điều trị và thường phải nhờ đến các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản [2]. 2 bệnh nhân của chúng tôi đều có giảm số lượng và chất lượng tinh trùng sau mổ; vì 2 bệnh nhân đều chưa lập gia đình nên cần tiếp tục theo dõi.

5. KẾT LUẬN

Nang túi tinh là bệnh lý hiếm gặp, thường nằm trong hội chứng Zinner. Nang túi tinh có kích thước lớn hơn 5 cm gây biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Hội chứng Zinner ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của bệnh nhân.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trịnh Hoàng Giang, Bùi Văn Quang, Phạm Thị Thu Trang. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt túi tinh điều trị xuất tinh máu tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 2021 đến 2024. Tạp chí Y học cộng đồng, 2024, 65 (CĐ 4): 244-251. doi: 10.52163/yhc.v65iCD4.1181
- [2] Huang Y, Han B et al. Zinner's syndrome in two young middle-aged men: a case report and review of the literature. BMC Urol, 2025, 25 (1): 129. doi: 10.1186/s12894-025-01806-7.
- [3] Sheih C.P et al. Cystic dilatations within the pelvis in patients with ipsilateral renal agenesis or dysplasia. The Journal of Urology, 1990, 144 (2, Pt 1): 324-327. doi: 10.1016/s0022-5347(17)39444-2.
- [4] Liu T, Li X et al. Zinner syndrome: an updated pooled analysis based on 214 cases from 1999 to 2020: systematic review. Ann Palliat Med, 2021, 10 (2): 2271-2282. doi: 10.21037/apm-20-1997.
- [5] Morante-Ruiz M, Tornero-Romero F et al. Zinner's syndrome and retroperitoneal fibrosis: an unknown association. Eur J Case Rep Intern Med. 2024, 11 (2): 004246. doi: 10.12890/2024_004246.
- [6] Van den Ouden D et al. Diagnosis and management of seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis: a pooled analysis of 52 cases. European Urology, 1998, 33 (5): 433-440. doi: 10.1159/000019632.
- [7] Boui M, Edderai M et al. Zinner syndrome: a rare congenital cause of infertility. Radiol Case Rep, 2024, 19 (12): 5586-5588. doi: 10.1016/j.radcr.2024.08.029.
- [8] Talwar H.V et al. Robot-assisted laparoscopic approach in a patient of Zinner syndrome with hematuria: a rare presentation. J Midlife Health, 2021, 12 (1): 79-81. doi: 10.4103/jmh.JMH_49_20