

IMMATURE TERATOMA OF THE SEMINAL VESICLE WITH SEMINOMA COMPONENTS IN AN ADULT MALE: A RARE CASE REPORT

Phan Le Nhat Long*, Nguyen Tuan Dat, Nguyen Van Phuc, Nguyen Van Phu Thang, Le Duc Phuc, Pham Duc Manh

Department of Andrology, 108 Military Central Hospital - 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung ward, Hanoi, Vietnam

Received: 17/06/2026

Revised: 10/07/2026; Accepted: 20/07/2026

ABSTRACT

Teratomas are germ cell tumors containing derivatives of all three germ layers. Primary malignant teratoma of the seminal vesicle is an extremely rare extragonadal tumor, especially in young adult males. Accurate diagnosis and grading are crucial for determining the appropriate multimodal treatment strategy and prognosis. We report a case of a 31-year-old male presenting with a 2-month history of pelvic pain, dysuria, and difficulty in both urination and defecation. Laboratory investigations revealed significantly elevated tumor markers: AFP 1440 ng/mL. Abdominal CT scan identified a large, inhomogeneous, hypodense mass measuring 83 × 72 mm in the right pelvic region, corresponding to the right seminal vesicle location, which displaced the bladder and rectum. The patient underwent complete surgical resection. Grossly, the encapsulated mass measured 8 × 8 × 4 cm with a hard consistency and internal cystic spaces containing turbid fluid. Histopathological examination confirmed a diagnosis of immature teratoma with seminoma components. Due to a postoperative AFP rise (> 1600 ng/mL), the patient received BEP chemotherapy. After 2 cycles, clinical symptoms resolved, and AFP levels significantly decreased to 159 ng/mL. This case underscores the diagnostic challenge posed by sampling errors in needle biopsies of heterogeneous pelvic teratomas. The integration of high-level tumor markers with radical surgery and subsequent chemotherapy is essential for managing such rare malignant extragonadal germ cell tumors.

Keywords: Immature teratoma, seminal vesicle, seminoma.

*Corresponding author

Email: longzeke1211@gmail.com **Phone:** (+84) 917211728 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD9.5820

U QUÁI CHƯA TRƯỞNG THÀNH CÓ THÀNH PHẦN U TẾ BÀO MÀM (SEMINOMA) TẠI TÚI TINH Ở NGƯỜI BỆNH NAM GIỚI TRƯỞNG THÀNH: BÁO CÁO CA BỆNH

Phan Lê Nhật Long*, Nguyễn Tuấn Đạt, Nguyễn Văn Phúc, Nguyễn Văn Phú Thắng, Lê Đức Phúc, Phạm Đức Mạnh

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

Ngày nhận bài: 17/06/2026

Ngày chỉnh sửa: 10/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/07/2026

TÓM TẮT

U quái (teratoma) là loại u tế bào mầm chứa các thành phần có nguồn gốc từ cả 3 lá phôi. U quái ác tính nguyên phát tại túi tinh là một dạng u ngoài tinh hoàn cực kỳ hiếm gặp, đặc biệt ở nam giới trẻ tuổi. Việc chẩn đoán chính xác và xác định giai đoạn bệnh đóng vai trò quyết định trong chiến lược điều trị đa mô thức và tiên lượng bệnh. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam giới 31 tuổi nhập viện với tiền sử 2 tháng đau vùng chậu, tiểu khó, cùng các rối loạn bài tiết nước tiểu và phân. Xét nghiệm cận lâm sàng ghi nhận dấu ấn sinh học tăng cao đáng kể: AFP 1440 ng/mL. Kết quả chụp CT ổ bụng cho hình ảnh một khối giảm tỷ trọng không đồng nhất, kích thước 83 × 72 mm tại hố chậu phải, tương ứng vị trí túi tinh phải, gây chèn ép bàng quang và trực tràng. Người bệnh đã phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u. Quan sát đại thể cho thấy khối u có vỏ bọc, kích thước 8 × 8 × 4 cm, mật độ chắc, bên trong có các khoang nang chứa dịch đục. Kết quả xét nghiệm mô bệnh học xác chẩn u quái chưa trưởng thành kèm thành phần seminoma. Do nồng độ AFP tiếp tục tăng sau mổ (> 1600 ng/mL), bệnh nhân được điều trị hỗ trợ bằng phác đồ hóa trị BEP. Sau 2 chu kỳ, các triệu chứng lâm sàng đã thuyên giảm hoàn toàn và nồng độ AFP giảm mạnh xuống còn 159 ng/mL. Ca lâm sàng này cho thấy những thách thức trong chẩn đoán do sai số trong thu thập mẫu khi sinh thiết kim đối với các khối u quái vùng chậu có cấu trúc không đồng nhất. Chỉ định điều trị dựa trên việc kết hợp đánh giá các dấu ấn khối u cùng với phẫu thuật triệt căn và hóa trị hỗ trợ là yếu tố then chốt trong quản lý các loại u tế bào mầm ngoài tinh hoàn ác tính hiếm gặp này.

Từ khóa: U quái chưa trưởng thành, túi tinh, u tế bào mầm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teratoma là một dạng u tế bào mầm có nguồn gốc từ các tế bào mầm nguyên thủy của phôi, đặc trưng bởi khả năng biệt hóa thành nhiều loại mô khác nhau thuộc cả 3 lá phôi [1]. Đây là một dạng u hiếm gặp, tỷ lệ gặp trong dân số ước tính 1/40.000 [2]. Mặc dù tương đối hiếm gặp trong dân số chung, nhóm u này có phổ biểu hiện mô bệnh học đa dạng, từ lành tính đến ác tính, đặc biệt khi có sự hiện diện của các thành phần chưa trưởng thành hoặc phối hợp với các thể u tế bào mầm khác [3].

Phần lớn teratoma xuất hiện tại các tuyến sinh dục, trong khi các trường hợp ngoài tuyến sinh dục ít gặp hơn và thường liên quan đến sự rối loạn di cư của tế bào mầm trong quá trình phát triển phôi thai. Những khối u này có thể gặp ở nhiều vị trí dọc theo đường giữa cơ thể như trung thất, sau phúc mạc hoặc vùng cùng cụt [3-5]. Tuy nhiên, sự xuất hiện của teratoma tại túi tinh là cực kỳ hiếm, đặc biệt ở bệnh nhân nam trưởng thành, với số lượng ca được báo cáo trong y văn còn rất hạn chế.

Các u tế bào mầm ngoài tuyến sinh dục thường biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý tiết niệu - sinh dục khác. Hơn nữa, tính không đồng nhất về cấu trúc mô học của khối u có thể dẫn đến sai lệch trong chẩn đoán khi dựa vào sinh thiết kim, đặc biệt trong các trường hợp có thành phần hỗn hợp. Các dấu ấn sinh học như alpha-fetoprotein (AFP) và β -hCG đóng vai trò quan trọng trong gợi ý chẩn đoán, đánh giá tiên lượng và theo dõi đáp ứng điều trị.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp của u quái chưa trưởng thành tại túi tinh phải có thành phần seminoma ở một bệnh nhân nam trẻ tuổi. Trường hợp này đáng chú ý bởi sự không tương xứng giữa kết quả sinh thiết ban đầu và chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, cũng như diễn biến marker sau mổ gợi ý bệnh tồn dư. Thông qua báo cáo này, chúng tôi nhằm làm rõ những thách thức trong chẩn đoán, vai trò của marker khối u và hiệu quả của chiến lược điều trị đa mô thức, bao gồm phẫu thuật kết hợp hóa trị trong quản lý các u tế bào mầm ngoài tuyến sinh dục hiếm gặp.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, sinh năm 1995, tiền sử khỏe mạnh, đã lập gia đình và có hai con sinh thường, không có tiền sử hỗ trợ sinh sản. Khoảng 2 tháng trước khi nhập viện, bệnh nhân xuất hiện đau vùng hố chậu phải kèm theo các triệu chứng kích thích đường tiểu dưới như đái buốt, đái rất và tiểu nhiều lần. Sau đó, tình trạng tiến triển với biểu hiện đái khó và kèm theo khó khăn khi đại tiện. Bệnh nhân không ghi nhận tiểu máu hay xuất tinh máu. Do triệu chứng kéo dài và tăng dần, bệnh nhân đã khám tại nhiều cơ sở y tế trước khi được chuyển đến Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

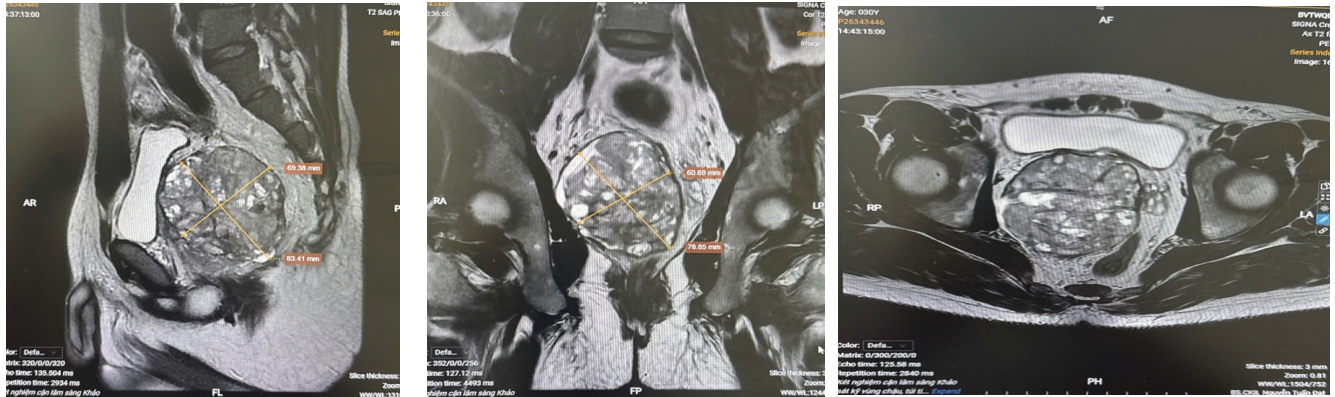
Tại thời điểm nhập viện, các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy nồng độ AFP tăng cao (1440 ng/mL) và β -hCG

*Tác giả liên hệ

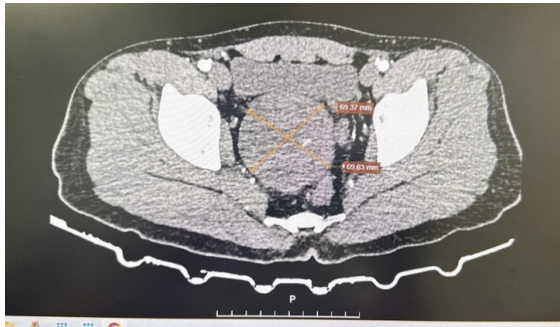
Email: longzeke1211@gmail.com Điện thoại: (+84) 917211728 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5820

tăng nhẹ (37 mIU/mL). Chụp cắt lớp vi tính (CT) ngực - bụng phát hiện một khối tổn thương vùng tiểu khung lệch phải, tương ứng vị trí túi tinh phải, kích thước 83 × 72 mm, có mật độ không đồng nhất, bờ rõ, ranh giới tương đối rõ với các cấu trúc xung quanh, gây chèn ép bàng quang và trực tràng; sau tiêm thuốc cản quang, khối u ngấm thuốc không đồng nhất (hình 2). Sinh thiết khối u qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm cho kết quả mô lành tính.

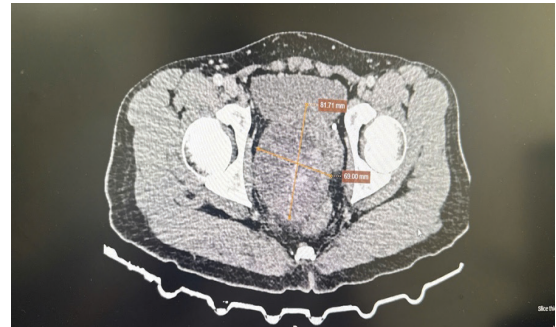
Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u (qua đường mở bụng đường trắng giữa dưới rốn). Trước mổ, hai niệu quản được đặt stent JJ dự phòng. Phẫu thuật được thực hiện qua đường mở bụng đường trắng giữa dưới rốn. Trong mổ, khối u được ghi nhận dính vào thành sau bàng quang nhưng vẫn có thể bóc tách và cắt toàn bộ. Đại thể, khối u có vỏ bao, bờ đều, mật độ chắc, kích thước 8 × 8 × 4 cm; diện cắt cho thấy nhiều khoang dạng nang chứa dịch vàng đục.



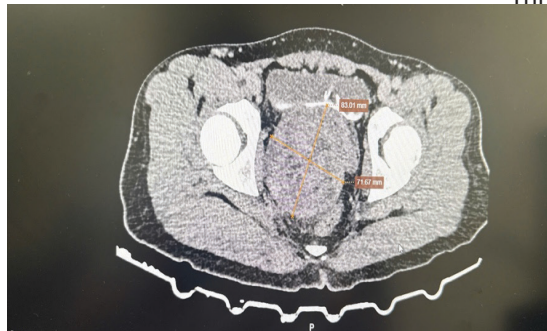
Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) trước phẫu thuật



Thì động mạch



Thì tĩnh mạch sớm



Thì muộn

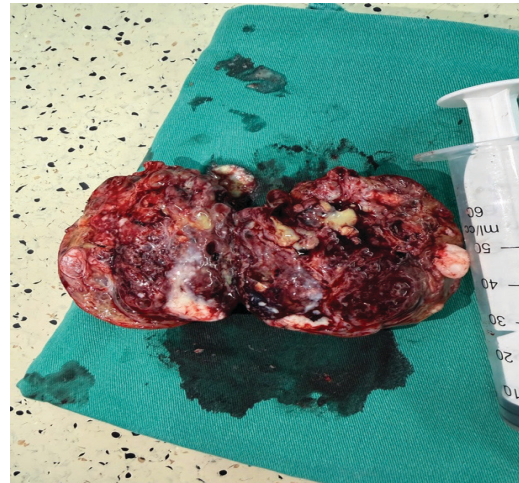
Hình 2. Hình ảnh CLVT vùng tiểu khung trước phẫu thuật

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác định chẩn đoán u quái chưa trưởng thành (immature teratoma) có thành phần seminoma. Nhuộm hóa mô miễn dịch cho kết quả dương tính với các marker PLAP, SALL4, CD117, Ki-67, NSE và OCT-4; âm tính với CD30.

Sau phẫu thuật 1 tháng, bệnh nhân được đánh giá lại và ghi nhận nồng độ AFP tiếp tục tăng (> 1600 ng/mL). Hình ảnh chụp CLVT cho thấy còn tồn tại khối tổn thương vùng tiểu khung phải, kích thước 50 × 52 mm, bờ tương đối đều nhưng ranh giới không rõ, tiếp tục chèn ép bàng quang và trực tràng, với một phần ngấm thuốc mạnh sau

tiêm. Bệnh nhân được chỉ định điều trị hóa chất theo phác đồ BEP (Bleomycin, Etoposide, Cisplatin).

Sau 2 chu kỳ hóa trị, các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, bệnh nhân không còn đau vùng hạ vị, các rối loạn tiểu tiện và đại tiện giảm hoàn toàn. Xét nghiệm cho thấy nồng độ AFP giảm đáng kể xuống còn 159 ng/mL. Chụp MRI ghi nhận khối tổn thương vùng tiểu khung kích thước 37 × 44 × 46 mm, tín hiệu không đồng nhất, có thành phần dạng dịch xen kẽ phần đặc, ngấm thuốc kém sau tiêm. Khối u có xu hướng dính và lồi vào lòng bàng quang, đồng thời chèn ép trực tràng nhưng chưa ghi nhận xâm lấn vào thành các cơ quan này.



Hình 3. Hình ảnh đại thể khối u

3. BÀN LUẬN

U tế bào mầm (germ cell tumors) là nhóm u có nguồn gốc từ các tế bào mầm nguyên thủy, được chia thành hai nhóm chính: seminoma và non-seminomatous germ cell tumors. Teratoma thuộc nhóm không seminoma, đặc trưng bởi sự hiện diện của các mô biệt hóa từ cả 3 lá phôi (ngoại bì, trung bì và nội bì) [3], [6]. Về mô bệnh học, teratoma được phân thành teratoma trưởng thành, teratoma chưa trưởng thành và teratoma phối hợp với các thành phần ác tính khác; trong đó, teratoma chưa trưởng thành và các dạng u tế bào mầm hỗn hợp thường mang bản chất ác tính cao hơn. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là một u tế bào mầm hỗn hợp với sự kết hợp giữa teratoma chưa trưởng thành và thành phần seminoma, phản ánh đặc điểm sinh học phức tạp và mức độ ác tính cao, phù hợp với xu hướng thường gặp ở người trưởng thành.

Về dịch tễ học, teratoma là một loại u hiếm, với tần suất khoảng 1/40.000 ca sinh, và các u tế bào mầm ngoài tuyến sinh dục chỉ chiếm khoảng 2-5% tổng số germ cell tumors [6-7]. Các vị trí thường gặp của nhóm này bao gồm trung thất, sau phúc mạc và nội sọ, trong khi túi tinh là vị trí cực kỳ hiếm. Thực tế, các khối u nguyên phát của túi tinh nói chung rất hiếm gặp, và đa số các tổn thương tại đây là do xâm lấn thứ phát từ các cơ quan lân cận. Trong nhóm u nguyên phát, ung thư biểu mô tuyến là loại được ghi nhận nhiều nhất nhưng số lượng ca vẫn rất hạn chế, còn các u tế bào mầm tại vị trí này gần như chỉ được báo cáo rải rác dưới dạng các ca lâm sàng đơn lẻ [8-9]. Do đó, sự xuất hiện của một u teratoma ác tính nguyên phát tại túi tinh ở bệnh nhân nam trưởng thành trong báo cáo này là đặc biệt hiếm, góp phần mở rộng phổ biểu hiện của u tế bào mầm ngoài tuyến sinh dục [7-8].

Về mặt giải phẫu bệnh, teratoma có đặc điểm nổi bật là cấu trúc mô học không đồng nhất, bao gồm nhiều loại mô với mức độ biệt hóa khác nhau, phản ánh nguồn gốc từ các tế bào đa năng [3-6]. Thành phần mô có thể bao gồm các mô biệt hóa cao hoặc các mô chưa trưởng thành, trong đó sự hiện diện của các cấu trúc chưa biệt hóa là tiêu chí quan trọng để phân loại teratoma chưa trưởng thành và đánh giá mức độ ác tính [4-6]. Ngoài ra, sự kết hợp của teratoma với các thành phần khác của u tế bào mầm, như seminoma trong trường hợp này, cho thấy tính đa dạng về mô bệnh học và nhấn mạnh bản chất của u tế bào mầm hỗn hợp. Những đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong việc phân loại và hiểu rõ bản chất sinh

học của khối u, đặc biệt trong các trường hợp hiếm gặp tại các vị trí ngoài tuyến sinh dục như túi tinh.

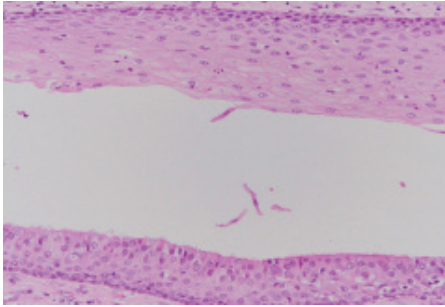
Các khối u túi tinh và u quái vùng tiểu khung ở người trưởng thành thường có diễn biến âm thầm và không có triệu chứng đặc hiệu trong giai đoạn đầu. Theo y văn, đa số bệnh nhân chỉ được phát hiện khi khối u phát triển đủ lớn để gây hiệu ứng chèn ép lên các cơ quan lân cận như bàng quang, niệu quản hoặc trực tràng. Các biểu hiện thường gặp bao gồm đái khó, tiểu rắt, táo bón, đau vùng hạ vị hoặc đau vùng cùng cụt [3], [6]. Trường hợp bệnh nhân trong báo cáo này cũng có biểu hiện đái khó và cảm giác tức nặng vùng tiểu khung, phù hợp với các mô tả trước đây về u quái sau phúc mạc hoặc u túi tinh kích thước lớn. Tuy nhiên, tương tự các báo cáo trong y văn, các triệu chứng lâm sàng chỉ có giá trị gợi ý vị trí và mức độ chèn ép của khối u mà không đủ để xác định bản chất mô học hay mức độ ác tính của tổn thương.

Về chẩn đoán hình ảnh, nhiều nghiên cứu cho thấy chụp CLVT và MRI là hai phương tiện có vai trò trung tâm trong đánh giá các khối u vùng tiểu khung. Trên CT, u quái thường biểu hiện dưới dạng khối không đồng nhất, chứa hỗn hợp thành phần dịch, mô mềm, mỡ và các ổ vôi hóa hoặc xương - đây được xem là đặc điểm hình ảnh khá điển hình của u tế bào mầm trưởng thành. MRI có ưu thế hơn trong đánh giá ranh giới giải phẫu và mức độ xâm lấn vào các cấu trúc lân cận như bàng quang, trực tràng hoặc đám rối thần kinh vùng chậu [6], [10]. Trong ca bệnh này, MRI ghi nhận khối tổn thương kích thước lớn tại vị trí túi tinh phải, có tính chất không đồng nhất và ngấm thuốc không đều sau tiêm, đồng thời chèn ép mạnh bàng quang và trực tràng (hình 1). Hình ảnh này phù hợp với các mô tả trong y văn về các khối u tế bào mầm vùng tiểu khung có thành phần hỗn hợp và gợi ý bản chất phức tạp hơn so với nang túi tinh đơn thuần.

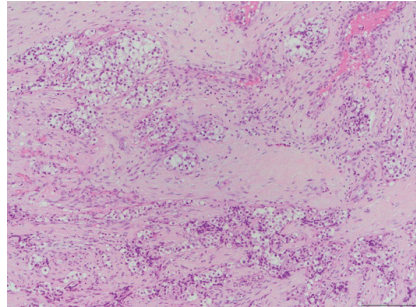
Đối với chẩn đoán mô bệnh học, sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng được xem là phương pháp ít xâm lấn và thường được áp dụng để định hướng chẩn đoán trước mổ. Tuy nhiên, y văn cũng nhấn mạnh rằng sinh thiết kim trong u quái có độ chính xác hạn chế do hiện tượng “sampling error”, bởi cấu trúc khối u thường rất không đồng nhất với sự xen kẽ giữa các vùng mô trưởng thành và chưa trưởng thành [6]. Trong trường hợp của chúng tôi, kết quả sinh thiết trước mổ chỉ ghi nhận mô

lành tính mặc dù bản chất cuối cùng của khối u là u quái chưa trưởng thành phối hợp seminoma. Kết quả này tương tự nhiều báo cáo trước đây khi sinh thiết không phản ánh đầy đủ thành phần ác tính của khối u. Chẩn đoán xác định

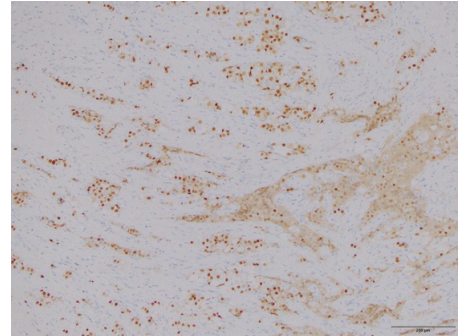
chỉ được thiết lập sau phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u kết hợp với hóa mô miễn dịch. Các dấu ấn PLAP, SALL4, CD117 và Oct-4 dương tính đã giúp khẳng định nguồn gốc u tế bào mầm và thành phần seminoma đi kèm [6].



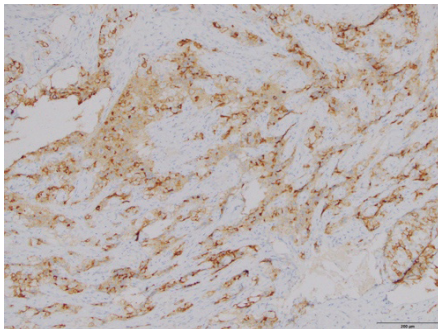
Thành phần biểu mô vảy và biểu mô hô hấp trên 1 vi trường



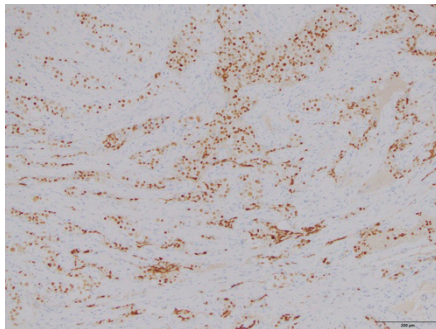
Thành phần seminoma



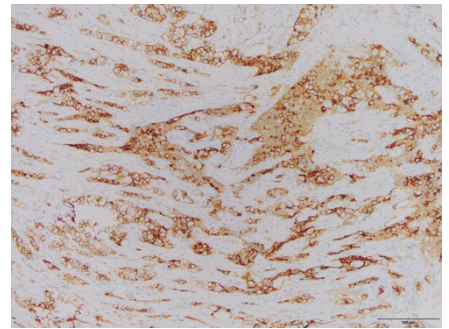
Oct-4



PLAP



SALL4



CD117

Hình 4. Hình ảnh vi thể khối u

Các xét nghiệm marker u giữ vai trò đặc biệt quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị các khối u tế bào mầm. AFP tăng cao thường liên quan đến thành phần u quái chưa trưởng thành hoặc các thành phần không phải seminoma, trong khi beta-HCG có thể tăng trong các trường hợp có biệt hóa tế bào nuôi. Đối với u quái trưởng thành lành tính, các marker này thường trong giới hạn bình thường. Trong ca bệnh này, nồng độ AFP tăng rất cao trước mổ (1440 ng/mL) là dấu hiệu gợi ý mạnh mẽ bản chất ác tính của khối u, mặc dù sinh thiết ban đầu chưa phát hiện tế bào ác tính. Điều này cho thấy giá trị vượt trội của marker u trong việc định hướng chẩn đoán khi lâm sàng và mô bệnh học chưa thống nhất. Sau phẫu thuật, AFP tiếp tục tăng lên trên 1600 ng/mL và giảm rõ rệt sau các chu kỳ hóa trị BEP, phù hợp với các nghiên cứu cho thấy AFP là marker có độ nhạy cao trong đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi tái phát của u tế bào mầm ác tính.

Việc xử trí các khối u túi tinh nguyên phát luôn là một thách thức lớn do vị trí giải phẫu nằm sâu trong tiểu khung, liên quan mật thiết với bàng quang, trực tràng và niệu quản. Trong y văn, phẫu thuật nội soi hoặc robot hỗ trợ ngày càng được áp dụng đối với các khối u kích thước nhỏ và ranh giới rõ; tuy nhiên, đối với các khối u lớn, dính nhiều vào tổ chức xung quanh hoặc nghi ngờ ác tính, phẫu thuật mở vẫn được xem là lựa chọn an toàn nhằm đảm bảo khả năng kiểm soát phẫu trường và lấy trọn tổn thương [11]. Trong trường hợp của chúng tôi, khối u nằm sâu trong tiểu khung, chèn ép bàng quang và trực tràng, đồng thời có đặc điểm không đồng nhất trên hình ảnh học, do đó lựa chọn đường mổ mở đường trắng giữa dưới rốn là hoàn toàn hợp lý. Cách tiếp cận này cho phép bộc lộ rõ

các cấu trúc giải phẫu vùng chậu, tạo thuận lợi cho việc bóc tách khối u khỏi thành sau bàng quang và hạn chế nguy cơ vỡ u trong quá trình thao tác.

Một điểm đáng chú ý trong chiến lược ngoại khoa của ca bệnh này là việc đặt stent JJ niệu quản hai bên trước phẫu thuật. Đối với các khối u sau bàng quang hoặc vùng túi tinh, giải phẫu thường bị biến dạng do hiện tượng chèn ép kéo dài, làm tăng nguy cơ tổn thương niệu quản trong quá trình bóc tách. Y văn nhấn mạnh vai trò của CT và MRI trong việc đánh giá mối liên quan giữa khối u và hệ tiết niệu trước mổ nhằm xây dựng kế hoạch bảo tồn cơ quan phù hợp [11-12]. Trong trường hợp này, việc đặt stent JJ không chỉ giúp nhận diện niệu quản dễ dàng hơn trong mổ mà còn đóng vai trò như một biện pháp bảo vệ chức năng đường tiết niệu, đặc biệt khi khối u nằm sát vùng đáy bàng quang và tam giác bàng quang.

Ngoài ra, quyết định phẫu thuật triệt căn mặc dù kết quả sinh thiết trước mổ chỉ ghi nhận mô lành tính cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá tổng thể lâm sàng thay vì phụ thuộc hoàn toàn vào sinh thiết kim. Teratoma là loại u có cấu trúc mô học không đồng nhất, do đó sinh thiết mảnh nhỏ dễ gặp sai số lấy mẫu (sampling error), đặc biệt khi chỉ lấy được các vùng mô trưởng thành. Trong ca bệnh này, nồng độ AFP tăng rất cao trước mổ là dấu hiệu sinh học mạnh gợi ý bản chất ác tính của khối u, bất chấp kết quả sinh thiết âm tính. Giải phẫu bệnh sau mổ xác định u quái chưa trưởng thành có thành phần seminoma đã chứng minh tính hợp lý của quyết định can thiệp phẫu thuật.

Đối với các u tế bào mầm ác tính hoặc u tế bào mầm hỗn hợp, điều trị đa mô thức đóng vai trò then chốt trong cải thiện tiên lượng. Y văn ghi nhận rằng teratoma, đặc

biệt là các thành phần trưởng thành, thường kém nhạy với hóa trị; do đó phẫu thuật cắt bỏ tối đa khối u vẫn là nền tảng điều trị quan trọng. Tuy nhiên, sự hiện diện của các thành phần ác tính khác như seminoma hoặc non-seminomatous germ cell tumor đòi hỏi phải phối hợp hóa trị bổ trợ, phổ biến nhất là phác đồ BEP [12]. Trong trường hợp của chúng tôi, tình trạng AFP tiếp tục tăng sau mổ gợi ý bệnh tồn dư hoạt động sinh học, và việc chuyển sang hóa trị BEP đã mang lại đáp ứng rõ rệt cả về lâm sàng lẫn marker huyết thanh. Điều này nhấn mạnh vai trò của chiến lược điều trị cá thể hóa, kết hợp giữa phẫu thuật triệt căn và hóa trị hệ thống trong kiểm soát các u tế bào mầm ngoài tuyến sinh dục hiếm gặp.

4. KẾT LUẬN

U quái chưa trưởng thành có thành phần seminoma tại túi tinh là bệnh lý cực hiếm ở nam giới trưởng thành. Chẩn đoán trước mổ có thể khó khăn do triệu chứng không đặc hiệu và nguy cơ sai sót lấy mẫu khi sinh thiết kim. Trong các trường hợp nghi ngờ u tế bào mầm ác tính, việc đánh giá tổng hợp lâm sàng, hình ảnh học và marker huyết thanh có ý nghĩa quan trọng trong chỉ định điều trị. Phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa trị bổ trợ giúp cải thiện triệu chứng và kiểm soát bệnh hiệu quả.

Các tác giả xin chân thành cảm ơn những đồng nghiệp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã nhiệt tình giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi cam đoan công trình này không trùng lặp với bất kỳ bài báo nào khác đã được công bố tại Việt Nam, đồng thời không có xung đột lợi ích với cá nhân hay tổ chức nào

và đã được sự đồng ý của người bệnh. Nếu có điều gì sai chúng tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Penny S.M. Sacrococcygeal teratoma: a literature review. *Radiol Technol*, 2012, 84 (1): 11-7.
- [2] Alimehmeti M et al. Cystic benign teratoma of the neck in adult. *World J Clin Cases*, 2013, 1 (6): 202-4.
- [3] Bhatti A et al. Mature (benign) cystic retroperitoneal teratoma involving the left adrenal gland in a 22-year-old male: a case report and literature review. *Case Rep Oncol Med*, 2013: 610280.
- [4] Win T.T et al. Congenital mature cystic teratoma of the lateral neck presenting as cystic hygroma: a rare case report with literature review. *Turk Patoloji Derg*, 2014, 30 (3): 220-4.
- [5] Bristow M.S et al. Answer to case of the month #152 retroperitoneal teratoma. *Can Assoc Radiol J*, 2009, 60 (3): 153-5.
- [6] Vera V, Safriadi F. Mature (benign) cystic retrovesical teratoma in a 49-year-old male: a case report and literature review. *American Journal of Medical Case Reports*, 2016, 4 (5): 153-157.
- [7] Altman R.P, Randolph J.G, Lilly J.R. Sacrococcygeal teratoma: American Academy of Pediatrics Surgical Section Survey-1973. *J Pediatr Surg*, 1974, 9 (3): 389-98.
- [8] Campi R et al. Robot-assisted laparoscopic vesiculectomy for large seminal vesicle cystadenoma: a case report and review of the literature. *Clin Genitourin Cancer*, 2015, 13 (5): e369-73.
- [9] Yin, T. and Y. Jiang, A 5-year follow-up of primary seminal vesicle adenocarcinoma: A case report. *Medicine (Baltimore)*, 2018. 97 (41): p. e12600.
- [10] Kumar A et al. Mature cystic teratoma of the adult male pelvis: a rare case report and review of literature. *The Journal of Medical Sciences*, 2023, 9: 1-4.
- [11] Babar M et al. Diagnosis and treatment of a mixed epithelial stromal tumor of the seminal vesicle: a systematic review. *Urology*, 2022, 167: 13-18.
- [12] Sheinfeld J, Bajorin D. Management of the postchemotherapy residual mass. *Urol Clin North Am*, 1993, 20 (1): 133-43.

