

# Nhân một trường hợp nang bạch huyết vùng cổ thoái triển tự nhiên trong thai kỳ

Bành Kiều Vi<sup>1,\*</sup>, Hồ Bảo Trân<sup>2</sup>, Trịnh Nhật Thư Hương<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Yến Nhi<sup>3</sup>, Đỗ Thị Mỹ Khanh<sup>2</sup>



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

## TÓM TẮT

Nang bạch huyết vùng cổ gây ra bởi khiếm khuyết trong sự hình thành của hệ thống bạch huyết, là một bệnh lý phổ biến trong chẩn đoán trước sinh với tần suất khoảng 1:1000 - 1:6000 trẻ sinh sống và thường liên quan đến các kết cục thai kỳ bất lợi. Theo Hiệp hội Y học Bào thai, có đến 90% các trường hợp có nang bạch huyết có kết cục thai kỳ là thai lưu. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nang bạch huyết vùng cổ sẽ thoái triển tự nhiên trong thai kỳ và khi đó kết cục thai kỳ thường tốt, nhất là trong các trường hợp không kèm bất thường di truyền và các bất thường hình thái khác. Tại khoa Chăm sóc trước sinh – Bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ sinh sống có nang bạch huyết vùng cổ thoái triển tự nhiên trong thai kỳ với kết quả xét nghiệm di truyền bình thường, kết quả siêu âm tim và thăm khám tổng quát trẻ ở thời điểm 5 ngày tuổi tại BV Nhi đồng 2 chưa ghi nhận bất thường. Chính vì vậy, khoảng sáng sau gáy dày hay nang bạch huyết vùng cổ không phải là chỉ định chấm dứt thai kỳ, thai nhi được chẩn đoán trước sinh là nang bạch huyết vùng cổ cần được tư vấn tiền sản thích hợp, xét nghiệm di truyền để loại trừ bất thường di truyền và theo dõi sát qua các lần siêu âm để đánh giá diễn tiến của nang cũng như loại trừ các bất thường hình thái khác.

**Từ khóa:** nang bạch huyết vùng cổ, dị dạng bạch mạch dạng nang, chẩn đoán trước sinh, bất thường nhiễm sắc thể

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang bạch huyết vùng cổ là một dị tật bẩm sinh của hệ bạch huyết do sự tắc nghẽn bạch huyết một phần hoặc hoàn toàn gây ra sự tích tụ dịch và tạo nang. Nang bạch huyết vùng cổ được mô tả lần đầu tiên vào năm 1828 bởi Redenbacher<sup>1</sup>, với tần suất xuất hiện khoảng 1:1000 – 1: 6000 trẻ sơ sinh sống và 1:750 các trường hợp sẩy thai tự nhiên<sup>2</sup>. Tiên lượng của nang bạch huyết vùng cổ được chẩn đoán trong tam cá nguyệt thứ nhất và thứ hai của thai kỳ thường xấu, vì thường liên quan đến bất thường nhiễm sắc thể (tăng nguy cơ lên 5 lần), hay liên quan đến các bất thường cấu trúc khác, tăng nguy cơ dị tật tim lên 12 lần, tăng nguy cơ tử vong chu sinh lên 6 lần<sup>3</sup>. Giả thuyết về sinh bệnh học được mô tả lần đầu tiên bởi Van der Putte năm 1977 và được khẳng định lại bởi Smith và Graham năm 1982, cho rằng sự thông thương của mạch bạch huyết và tĩnh mạch cảnh thông thường sẽ xảy ra vào ngày thứ 40 của thai kỳ, nếu không có sự lưu thông này sẽ gây ra tình trạng nang bạch huyết vùng cổ. Nếu sự thông này xảy ra sau đó hoặc bởi các con đường dẫn lưu bạch huyết thay thế, các nang bạch huyết sẽ giảm dần kích thước và thoái triển tự nhiên, tuy nhiên khi đó nguy cơ bất thường di truyền không giảm đi và không được loại trừ hoàn toàn<sup>4</sup>. Chính vì vậy, việc

chẩn đoán nang bạch huyết vùng cổ thường không khó khăn nhưng rất quan trọng bởi tình trạng này có thể tiến triển tăng dần theo thời gian, cũng có thể mất đi không để lại dấu vết với những bất thường nặng kèm theo. Theo Hiệp hội Y học Bào thai, có đến 90% các trường hợp có nang bạch huyết có kết cục thai kỳ là thai lưu<sup>5</sup>. Tại Khoa Chăm sóc Trước sinh – BV Từ Dũ, chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ sinh sống có nang bạch huyết vùng cổ thoái triển tự nhiên trong thai kỳ với kết quả xét nghiệm di truyền bình thường.

## BỆNH ÁN CHI TIẾT

Sản phụ Trương Thị Lệ N. 31 tuổi, Para 2002, 2 lần sinh thường năm 2019, 2022, bé khỏe, chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý nội ngoại khoa, đến tư vấn tiền sản lúc thai 12 tuần 2 ngày vì khoảng sáng sau gáy 6.8mm (Hình 1). Sau khi được tư vấn lợi ích và rủi ro của thủ thuật sinh thiết gai nhau, sản phụ đồng ý thực hiện nhưng vị trí bánh nhau không thuận lợi. 2 tuần sau đó, siêu âm lúc thai 14 tuần 2 ngày ghi nhận vùng sau cổ và 2 bên có cấu trúc dạng nang, bên trong có vách ngăn, kích thước 14x28mm (Hình 2). Sản phụ được chọc ối xét nghiệm microarray lúc thai 16 tuần 2 ngày, kết quả chọc ối chưa ghi nhận bất thường. Siêu âm lúc thai 16 tuần 6 ngày ghi nhận có nang bạch huyết vùng

<sup>1</sup>Bộ môn Sản Phụ khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Việt Nam

<sup>2</sup>Khoa Chăm sóc trước sinh, Bệnh viện Từ Dũ, Việt Nam

<sup>3</sup>Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

### Liên hệ

**Bành Kiều Vi**, Bộ môn Sản Phụ khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Việt Nam  
Email: bskieuvi2409@gmail.com

### Lịch sử

- Ngày nhận: 26-10-2024
- Ngày sửa đổi: 20-12-2024
- Ngày chấp nhận: 25-12-2024
- Ngày đăng:

### DOI:



### Bản quyền

© ĐHQG TP.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



**Trích dẫn bài báo này:** Vi B K, Trân H B, Hương T N T, Nhi N V Y, Khanh D T M. **Nhân một trường hợp nang bạch huyết vùng cổ thoái triển tự nhiên trong thai kỳ.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2025; ():1-5.

51 cổ 2 bên, kích thước 3x4mm và 3x11mm. Siêu âm  
 52 tim thai tại BV Nhi Đồng 2 lúc thai 22 tuần chưa ghi  
 53 nhận bất thường. Siêu âm lúc thai 22 tuần 4 ngày ghi  
 54 nhận có nang bạch huyết vùng cổ 2 bên, kích thước  
 55 3x12mm và 3x10mm (Hình 3). Lúc thai 26 tuần 6  
 56 ngày siêu âm không ghi nhận nang bạch huyết vùng  
 57 cổ. Sản phụ khám thai đều đặn theo hẹn, các lần siêu  
 58 âm sau đó đều không ghi nhận nang bạch huyết vùng  
 59 cổ. Sản phụ được mổ lấy thai lúc thai 39 tuần 6 ngày vì  
 60 con to, bất tương xứng khung chậu và thai, bé TRAI,  
 61 Apgar 7/8, cân nặng 3800g. Bé hồng, bú tốt, theo mẹ,  
 62 thăm khám các cơ quan chưa ghi nhận bất thường,  
 63 có một ít nếp da thừa vùng cổ (Hình 4). Sau sinh,  
 64 bé được lấy mẫu phết tế bào niêm mạc má, làm xét  
 65 nghiệm di truyền ở cấp độ gen để loại trừ nhóm các  
 66 bệnh lý RASopathy, kết quả xét nghiệm gen chưa ghi  
 67 nhận bất thường. Mẹ và bé được xuất viện ngày thứ  
 68 5 sau mổ. Sau xuất viện, bé được siêu âm tim kiểm  
 69 tra tại BV Nhi Đồng 2 lúc 5 ngày tuổi, kết quả siêu âm  
 70 tim chưa ghi nhận bất thường.

## 71 THẢO LUẬN

72 Nang bạch huyết ở thai hay dị dạng bạch mạch dạng  
 73 nang là một tình trạng gây ra do khiếm khuyết trong  
 74 sự hình thành của hệ thống bạch huyết. Trong số các  
 75 vị trí thì nang bạch huyết vùng cổ là phổ biến nhất  
 76 (75% ở vùng cổ, 20% ở vùng nách và 5% ở thành ngực,  
 77 thành bụng và các chi)<sup>1</sup>. Nang bạch huyết vùng cổ  
 78 thường liên quan đến các kết cục thai kỳ bất lợi như  
 79 bất thường nhiễm sắc thể, phù thai, thai chết lưu<sup>6</sup>. Bất  
 80 thường di truyền, chủ yếu là hội chứng Turner, gặp  
 81 trong 50% trường hợp, ngoài ra còn có Trisomy 21,  
 82 Trisomy 13, Trisomy 18 và tam bội thể<sup>5</sup>. Hội chứng  
 83 Noonan cũng thường được ghi nhận ở thai nhi có  
 84 nang bạch huyết vùng cổ<sup>5</sup>.

85 Theo Hiệp hội Y học Bào Thai (The Fetal Medicine  
 86 Foundation – FMF) khuyến cáo, các trường hợp thai  
 87 có nang bạch huyết vùng cổ nên được chọc ối và xét  
 88 nghiệm di truyền bằng kỹ thuật microarray<sup>5</sup>, chính  
 89 vì vậy tại thời điểm thai 16 tuần 2 ngày, chúng tôi  
 90 lựa chọn kỹ thuật microarray để xét nghiệm nước  
 91 ối nhằm mục đích loại trừ các bất thường số lượng  
 92 nhiễm sắc thể cũng như loại trừ các vi mất đoạn và vi  
 93 lặp đoạn trên nhiễm sắc thể. Kỹ thuật microarray, với  
 94 độ phân giải tốt hơn nhiều so với kỹ thuật karyotype  
 95 nhuộm băng G truyền thống, cho phép phát hiện các  
 96 những bất thường trên nhiễm sắc thể xảy ra ở dưới  
 97 mức phát hiện của kính hiển vi (submicroscopic) như  
 98 là các vi mất đoạn (microdeletion) hoặc vi lặp đoạn  
 99 (microduplication). Tuy nhiên sau sinh, do quan sát  
 100 trên lâm sàng thấy kiểu hình của bé có cổ ngắn và một  
 101 ít nếp da thừa vùng cổ, là một trong những đặc điểm  
 102 nghi ngờ của hội chứng Noonan, sau khi tư vấn và

được sự đồng thuận của gia đình, chúng tôi lấy một  
 ít tế bào phết niêm mạc má của bé để làm xét nghiệm  
 phân tích 4500 gen nhằm loại trừ hội chứng Noonan  
 cũng như các bệnh lý đơn gen khác. Kết quả G4500  
 chưa ghi nhận bất thường, với độ nhạy của xét nghiệm  
 là 99.5% và độ đặc hiệu là 99.9%.

Theo nghiên cứu của Malone F. và cộng sự, tỉ lệ kết cục  
 xấu ở thai kỳ có nang bạch huyết vùng cổ là 77.8%<sup>6</sup>.  
 Có nhiều yếu tố tiên lượng kết cục thai kỳ bất lợi ở thai  
 có nang bạch huyết vùng cổ. Theo tác giả Rosati và  
 cộng sự, sự hiện diện của vách trong nang bạch huyết  
 vùng cổ thường liên quan với kết cục bất lợi của thai<sup>7</sup>.  
 Phù thai thường gặp hơn ở nang bạch huyết có vách so  
 với nang bạch huyết không vách (60% so với 19%), tỉ  
 lệ trẻ sinh sống cao hơn ở nang bạch huyết không vách  
 (27%) so với nang bạch huyết có vách (2%)<sup>7</sup>. Điều này  
 được giải thích rằng những nang có vách thường do  
 sự tắc nghẽn hoàn toàn, ngăn sự thông thương với hệ  
 thống tĩnh mạch và ứ dịch trong nang tạo nên nhiều  
 thùy.

Một số nghiên cứu cho thấy khoảng sáng sau gáy  
 (Nuchal Translucency - NT) cũng liên quan đến tiên  
 lượng về kết cục. Tanriverdi và cộng sự đã chỉ ra rằng  
 thai có karyotype bình thường và NT > 6,5 mm có tiên  
 lượng xấu hơn nhóm có NT < 6 mm<sup>8</sup>. Scholl và cộng  
 sự cũng chỉ ra rằng NT dày có liên quan đến tăng nguy  
 cơ bất thường nhiễm sắc thể, tăng nguy cơ kèm theo  
 dị tật bẩm sinh lớn, đặc biệt là dị tật tim, tăng nguy cơ  
 tử vong chu sinh và các kết cục bất lợi khác<sup>3</sup>.

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi dù có các yếu  
 tố tiên lượng kết cục bất lợi như nang bạch huyết có  
 vách, khoảng sáng sau gáy dày > 6.5mm, tuy nhiên kết  
 quả chọc ối microarray không ghi nhận bất thường,  
 quá trình khám thai không ghi nhận các bất thường  
 hình thái trên siêu âm, đặc biệt là bất thường tim, diễn  
 tiến tự nhiên của nang giảm dần kích thước và sau khi  
 sinh chỉ còn quan sát thấy một ít nếp da thừa ở vùng  
 cổ 2 bên.

## 141 KẾT LUẬN

142 Mặc dù nang bạch huyết vùng cổ là một bất thường  
 143 phổ biến trong thai kỳ, có thể chẩn đoán được trước  
 144 sinh và thường liên quan đến các kết cục thai kỳ bất  
 145 lợi, trong một số trường hợp nang bạch huyết vùng cổ  
 146 sẽ thoái triển tự nhiên trong thai kỳ và khi đó kết cục  
 147 thai kỳ thường tốt, nhất là trong các trường hợp không  
 148 kèm bất thường di truyền và các bất thường hình thái  
 149 khác. Chính vì vậy, khoảng sáng da gáy dày hay nang  
 150 bạch huyết vùng cổ không phải là chỉ định chấm dứt  
 151 thai kỳ, cần được tư vấn tiền sản thích hợp, xét nghiệm  
 152 di truyền để loại trừ bất thường nhiễm sắc thể và theo  
 153 dõi sát qua các lần siêu âm để đánh giá diễn tiến của  
 154 nang cũng như loại trừ các bất thường hình thái khác.  
 155



Hình 1: Khoảng sáng sau gãy 6.8mm, đo lúc siêu âm thai 12 tuần 2 ngày



Hình 2: Nang bạch huyết vùng cổ thai nhi, kích thước 14x28 mm, siêu âm lúc thai 14 tuần 2 ngày





Hình 3: Nang bạch huyết vùng cổ 2 bên kích thước 3x10mm và 3x12 mm, siêu âm lúc thai 22 tuần 4 ngày



Hình 4: Bé sơ sinh chụp lúc 3 ngày tuổi, có một ít nếp da thừa vùng cổ bên

## 156 DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

157 BV: bệnh viện

158 NT: Nuchal Translucency

## 159 XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

160 Nhóm tác giả cam kết rằng không tồn tại xung đột lợi

161 ích liên quan đến nghiên cứu và bài báo này.

## ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Bành Kiều Vi, Hồ Bảo Trân: lên ý tưởng, thiết kế và 163

viết bản thảo. Trịnh Nhật Thư Hương, Nguyễn Văn 164

Yến Nhi, Đỗ Thị Mỹ Khanh: góp ý và chỉnh sửa bản 165

thảo. Tất cả tác giả đã đọc và duyệt bản thảo cuối cùng. 166

167

168 **ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU Y**  
169 **SINH**

170 Đây là nghiên cứu báo cáo ca bệnh hiếm, các thông  
171 tin về bệnh án và hình ảnh trong bài báo đã được sự  
172 đồng ý - chấp thuận nghiên cứu của người bệnh.

173 **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 174 1. Masood SN, Masood MF. Case report of fetal axillothoraco-  
175 abdominal cystic hygroma. Arch Gynecol Obstet  
176 2010;281:111–5;.
- 177 2. Fisher R, Partington A, Dykes (1996). Echographie Cystic hy-  
178 groma: comparison between prenatal and postnatal diagnosis.  
179 J Pediatr Surg, pp.473;.
- 180 3. Scholl J, Durfee SM, Russell MA, et al. First-trimester cystic hy-  
181 groma: relationship of nuchal translucency thickness and out-  
182 comes. Obstet Gynecol. 2012;120:551–9;.
- 183 4. Chervenak FA, Isaacson G, Blakemore KJ, editors. Fetal cystic hy-  
184 groma: cause and natural history. N Engl J Med. 1983;309:822–  
185 5;.
- 186 5. The Fetal Medicine Foundation. Cystic hygroma [Internet].  
187 2023;Available from: <https://fetalmedicine.org>.
- 188 6. Malone FD, Ball RH, Nyberg DA, et al. First-trimester septated  
189 cystic hygroma: prevalence, natural history, and pediatric out-  
190 come. Obstet Gynecol. 2005;106:288–94;.
- 191 7. Rosati P, Guariglia L. Prognostic value of ultrasound findings of  
192 fetal cystic hygroma detected in early pregnancy by transvagi-  
193 nal sonography. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;16:245–50;.
- 194 8. Tanriverdi HA, Ertan AK, Hendrik HJ, et al. Outcome of cystic  
195 hygroma in fetuses with normal karyotypes depends on asso-  
196 ciated findings. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;118:40–  
197 6;.

# Spontaneous regression of a cystic hygroma: A Case Report

Banh Kieu Vi<sup>1,\*</sup>, Ho Bao Tran<sup>2</sup>, Trinh Nhut Thu Huong<sup>2</sup>, Nguyen Van Yen Nhi<sup>3</sup>, Do Thi My Khanh<sup>2</sup>



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

## ABSTRACT

Cystic hygroma, caused by defects in the formation of the venolymphatic system, is a common condition in prenatal diagnosis with a prevalence of approximately 1:1000 to 1:6000 live births. It is often associated with adverse pregnancy outcomes. According to the Society for Maternal-Fetal Medicine, up to 90% of cases diagnosed with cystic hygroma result in fetal demise. At Department of Antenatal Care - Tu Du Hospital, we report a clinical case of live newborn with prenatal diagnosis of cystic hygroma that underwent spontaneous regression during pregnancy, with normal genetic testing result. At 5 days old, the newborn had normal echocardiography and general examination at the Children's Hospital 2 revealed no abnormalities. Therefore, cystic hygroma is not an indication for medical termination of pregnancy. The fetus diagnosed with cystic hygroma requires appropriate prenatal counseling, genetic testing to rule out chromosomal abnormalities, and subsequent fetal ultrasound to assess the progression of cystic hygroma and exclude other fetal malformations.

**Key words:** Cystic hygroma, lymphangioma, chromosomal abnormalities

<sup>1</sup>University of Medicine Pham Ngoc Thach, Vietnam

<sup>2</sup>Tu Du Hospital, Vietnam

<sup>3</sup>University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam

## Correspondence

**Banh Kieu Vi**, University of Medicine Pham Ngoc Thach, Vietnam

Email: bskieuvi2409@gmail.com

## History

- Received: 26-10-2024
- Revised: 20-12-2024
- Accepted: 25-12-2024
- Published Online:

DOI :



## Copyright

© VNUHCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



**Cite this article :** Vi B K, Tran H B, Huong T N T, Nhi N V Y, Khanh D T M. **Spontaneous regression of a cystic hygroma: A Case Report.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2025; ():1-1.