

LAO MÀO TINH HOÀN ĐƠN ĐỘC - MỘT BỆNH LÝ RẤT DỄ BỎ SÓT: BÁO CÁO 1 CA LÂM SÀNG

Nguyễn Hoài Bắc¹, Hạ Hồng Cường²

TÓM TẮT

Laomào tinh hoàn đơn độc là một trong những bệnh cảnh hiếm gặp trong các trường hợp lao niệu dục. Tuy nhiên, nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp sẽ làm cho tình trạng viêm tinh hoàn tái phát nhiều lần. Người bệnh có viêm mào tinh hoàn đơn độc do lao thường được chẩn đoán nhầm với các viêm mào tinh hoàn do vi khuẩn thông thường khác, bệnh nhân thường phải điều trị nhiều đợt kháng sinh gây tốn kém và ảnh hưởng tới sức khỏe thể chất cũng như tâm lý của họ. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện báo cáo ca bệnh lâm sàng trên một bệnh nhân lao tinh hoàn đơn độc được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội để khái quát ý văn và kinh nghiệm điều trị liên quan đến căn bệnh hiếm này.

Từ khóa: Viêm mào tinh hoàn, lao mào tinh hoàn, báo cáo ca lâm sàng

SUMMARY

SOLITARY EPIDIDYMAL TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

Solitary epididymal tuberculosis is a rare form of genitourinary tuberculosis. However, if it is not properly diagnosed and treated, recurrence of orchitis may occur. Patients with solitary tuberculosis epididymitis are often misdiagnosed with other form of bacterial epididymitis, therefore they are subjected to many antibiotic treatment sessions and it could negatively affect their physical and mental health. For that reason, we conducted a case report on a patient with solitary epididymal tuberculosis who was diagnosed and treated at Hanoi Medical University to review the current literature and the experience regarding this rare disease.

Keywords: Epididymitis, epididymal tuberculosis, case report

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là một bệnh truyền nhiễm đã được biết đến từ khi Robert Koch phân lập được trực khuẩn lao từ thế kỷ 19. Tuy nhiên cho đến nay, lao vẫn còn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Với lịch sử 90 tiềm chủng, và 60 năm sử dụng hóa trị liệu, nhưng bệnh Lao vẫn ảnh hưởng đến khoảng 1/5 dân số thế giới và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh truyền nhiễm. Mỗi năm

có khoảng 10 triệu người mắc mới và khoảng 1,3 triệu người tử vong do lao [1]. Cơ quan bị bệnh chính của vi khuẩn lao là ở phổi, tuy nhiên vi khuẩn lao cũng có thể gây bệnh ở hầu hết các hệ cơ quan khác của cơ thể. Trong bệnh cảnh lao của hệ tiết niệu sinh dục, lao vị trí tinh hoàn – mào tinh hoàn chiếm khoảng 30% cá trường hợp. Viêm tinh hoàn-mào tinh hoàn do lao có biểu hiện lâm sàng giống với các bệnh cảnh viêm cấp tính tinh hoàn – mào tinh hoàn do các nguyên nhân khác, như sưng đau tinh hoàn hoặc viêm tấy đỏ da bìu, nên việc chẩn đoán được lao tinh hoàn-mào tinh hoàn trên thực tế lâm sàng là điều khó khăn cho các bác sĩ. Hơn nữa, đã có nhiều trường hợp viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn do lao không được chẩn đoán và điều trị chính xác khiến bệnh nhân phải cắt bỏ tinh hoàn khi các thương tổn xâm lấn toàn bộ tinh hoàn. Do vậy, nhân một trường hợp lao mào tinh hoàn, chúng tôi muốn thảo luận về cách tiếp cận và chuẩn đoán bệnh lý này

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 31 tuổi, tiền sử bản thân và gia đình hoàn toàn khỏe mạnh. Không có yếu tố dịch tễ tiếp xúc với những người mắc bệnh lao. Khoảng 2 tháng nay, bệnh nhân xuất hiện dấu hiệu sưng và đau vùng bìu bên phải. Bệnh nhân đã được nhập viện điều trị nội khoa 02 đợt tại bệnh viện tuyến huyện, và 01 đợt tại bệnh viện tuyến tỉnh với chẩn đoán viêm mào tinh hoàn phải, và đã được điều trị bằng các kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3, levofloxacin, azithromycin, và corticoid. Người bệnh nhận thấy các triệu chứng sưng đau bìu giảm đi nhưng không khỏi.

Sau đó bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội vào tháng 11/2021 trong tình trạng sưng nề vùng bìu phải, nắn đau tức nhẹ. Qua thăm khám chúng tôi thấy mào tinh hoàn phải sưng to với kích thước khoảng 3cm, mật độ chắc, nắn đau tức. Da bìu phải không dày, không có dấu hiệu áp xe. Tinh hoàn trái và dương vật bình thường. Vuốt dọc niệu đạo không có dịch bất thường. Các cơ quan khác không phát hiện bất thường.

Bệnh nhân được chỉ định là các xét nghiệm: Siêu âm tinh hoàn, siêu âm ổ bụng, tổng phân tích nước tiểu, CRP hs. Kết quả siêu âm tinh hoàn cho hình ảnh viêm đuôi mào tinh hoàn

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

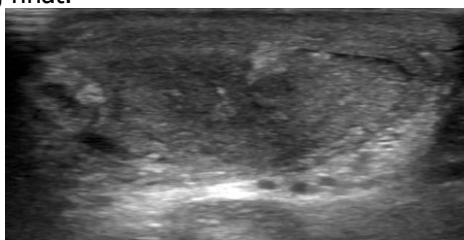
Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022

phải, dịch màng tinh hoàn phải dày 6mm [Hình 1], [Hình 2]. Bệnh nhân sau đó được chỉ định sinh thiết mào tinh hoàn bằng kim nhỏ để lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh và xét nghiệm Mycobacterium tuberculosis PCR. Kết quả giải phẫu bệnh: dịch viêm hạt mạn tính, chưa loại trừ lao. Kết quả Mycobacterium tuberculosis PCR dương tính với bệnh phẩm sinh thiết. Ngoài ra chúng tôi chỉ định người bệnh chụp Xquang phổi để đánh giá các thương tổn tại phổi, tuy nhiên kết quả không phát hiện tổn thương nghi ngờ lao [Hình 3]. Tương tự như vậy, kết quả chụp CT scanner ổ bụng không phát hiện tổn thương nghi ngờ lao trong hệ tiết niệu. Xét nghiệm PCR tìm lao trong tinh dịch cho kết quả âm tính.

Bệnh nhân được chẩn đoán lao mào tinh hoàn phải đơn độc, được điều trị lao theo phác đồ tiêu chuẩn gồm 4 kháng sinh: rifampicin (liều 600mg/ngày), isoniazid (liều 300mg/ngày), pyrazinamide (liều 2000mg/ ngày) và ethambutol (liều 1200mg/ ngày). Sau 1 tháng, mào tinh hoàn còn sưng ít, mật độ mềm, hết đau tức, siêu âm thấy khối viêm cũ mào tinh hoàn trái mật độ đồng nhất.



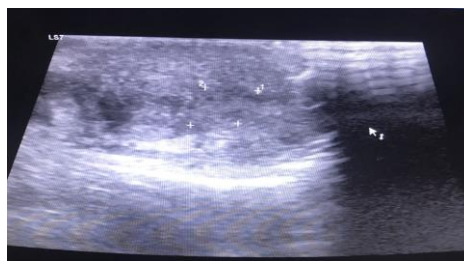
Hình 1: Hình ảnh ổ viêm cũ mào tinh hoàn trên siêu âm



Hình 2: Hình ảnh mào tinh hoàn (P) trên CTscanner



Hình 3: Hình ảnh Xquang phổi của bệnh nhân



Hình 4: Hình ảnh ổ viêm cũ đuôi mào tinh hoàn trên siêu âm sau điều trị 01 tháng

III. BÀN LUẬN

Mycobacterium tuberculosis, một loại trực khuẩn gram dương hiếu khí kháng acid, là vi khuẩn nguy hiểm nhất trong nhóm mycobacterium gây bệnh cho con người. Do tốc độ sinh sản của trực khuẩn lao chậm (phải mất từ 12-24 tháng từ nhiễm trùng nguyên phát thì các dấu hiệu và triệu chứng mới có biểu hiện ra bên ngoài), dẫn đến tiến triển của bệnh lao rất âm thầm. Mặt khác vi khuẩn lao có thể không hoạt động và không tạo ra các triệu chứng trong một thời gian dài. Sau khi lây nhiễm ban đầu qua đường hô hấp hoặc đường tiêu hóa, trực khuẩn lao nhân lên cục bộ trong các mô và tạo ra một loạt các phản ứng miễn dịch phức tạp, dẫn đến hầu hết các trường hợp (khoảng 95%) bị loại bỏ hoặc ngăn chặn dưới dạng nhiễm trùng lao tiềm ẩn (Latent tuberculosis infection) [2]. Lao tiềm ẩn có thể tồn tại ở mọi mô trong cơ thể. Cơ quan gây bệnh chính của lao là ở phổi. Lao ngoài phổi gặp trong khoảng 10% các trường hợp lao. Lao niệu sinh dục chiếm khoảng 30-40% các trường hợp lao ngoài phổi, chỉ đứng sau lao hạch bạch huyết [3]. Lao niệu sinh dục hầu như luôn luôn là thứ phát sau lao phổi. Trong lao niệu sinh dục, lao vị trí mào tinh hoàn có thể gặp từ 2-49,5% [4].

Lao mào tinh hoàn có thể do sự tái hoạt của các ổ lao tiềm ẩn trước đó tại mào tinh hoàn, hoặc bị lây truyền qua đường máu, đường bạch huyết, hoặc ngược dòng từ ngoài ống dẫn tinh trở vào. Việc lây truyền lao ngược dòng thường do nhiễm lao qua quan hệ tình dục với đối tác đang mắc lao, hoặc do lao đường tiết niệu đang hoạt động. Tổn thương lao mào tinh hoàn xuất hiện đầu tiên ở phần đuôi của mào tinh do nguồn cung cấp máu dồi dào và nhiễm trùng ngược dòng từ ống dẫn tinh, sau đó xâm lấn đến thân và đầu mào tinh, cuối cùng là ảnh hưởng đến toàn bộ mào tinh hoàn [5] [6].

Lao mào tinh hoàn đơn độc (Isolated tuberculous epididymitis - ITE), được định nghĩa là viêm mào tinh hoàn do lao mà không có bằng

chứng lâm sàng về sự liên quan của thận hoặc tuyến tiền liệt, là một thực thể hiếm gặp trong số bệnh lao sinh dục. ITE thường thấy ở thanh niên. Trong một đánh giá trên 40 bệnh nhân ITE, Viswaroop và cộng sự báo cáo tuổi trung bình là 32 tuổi (khoảng dao động từ 21–37 tuổi); kết quả này phù hợp với độ tuổi người bệnh được báo cáo trong case lâm sàng này [7].

Các triệu chứng lao mào tinh hoàn có thể gặp là: sưng bìu (80% bệnh nhân bị viêm tinh hoàn-mào tinh hoàn do lao có sưng bìu), đau bìu (trong 40-44% các trường hợp), dày da bìu, tràn dịch màng tinh hoàn gặp trong (5-10% các trường hợp), lỗ rò mủ vùng bìu xuất hiện muộn (có thể gặp trong 4-50% các trường hợp) [6]. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, triệu chứng duy nhất có trên lâm sàng là sưng và đau bìu phải trong 2 tháng. Các triệu chứng này giống với những trường hợp viêm mào tinh hoàn do các vi khuẩn thông thường của đường tiết niệu – sinh dục khác. Chính vì vậy, chẩn đoán và điều trị bước đầu của bệnh nhân thường không có hiệu quả. Đa số các bệnh nhân chỉ giảm nhẹ các triệu chứng lâm sàng khi đang điều trị kháng sinh liều cao. Sau đó, các triệu chứng lại xuất hiện trở lại.

Thăm dò cận lâm sàng đầu tiên được chỉ định cho bệnh nhân của chúng tôi là siêu âm tinh hoàn. Kết quả sinh âm cho thấy: hai tinh hoàn bình thường; đuôi mào tinh hoàn phải tăng kích thước, giảm âm, tăng sinh mạch trên doppler, thâm nhiễm mỡ xung quanh. Theo một số tác giả, có một sự khác biệt trên hình ảnh siêu âm giữa viêm mào tinh hoàn do lao và không do lao, đó là: Viêm mào tinh hoàn do lao có kiểu tăng kích thước và giảm âm không đồng nhất, còn viêm mào tinh hoàn không do lao thường là tăng kích thước và độ cản âm là đồng nhất [8]. Kết quả siêu âm mào tinh hoàn phải của bệnh nhân trong case lâm sàng này có tăng kích thước nhưng tổ chức mào tinh hoàn lại là giảm âm. Đây là điểm nghi ngờ đầu tiên để chúng tôi nghĩ đến khả năng lao mào tinh hoàn ở bệnh nhân trên.

Theo Louette và cộng sự, hầu hết các trường hợp viêm mào tinh hoàn là do các vi khuẩn gây nên. Đối với các nam giới dưới 35 tuổi, viêm mào tinh hoàn thường liên quan đến các vi khuẩn lây truyền qua đường tình dục (khoảng 50% là *Chlamydia trachomatis* và *Neisseria gonorrhoeae*), còn với nam giới trên 35 tuổi thì viêm mào tinh hoàn thường liên quan đến các vi sinh vật không lây truyền qua đường tình dục (như *Escherichia coli* và *Proteus sp.*) [9]. Tác nhân gây viêm mào tinh hoàn do lao rất hiếm

gặp. Việc điều trị viêm mào tinh hoàn do các nguyên nhân vi khuẩn bằng các kháng sinh nhóm Cephalosporin, Quinolon, Macrolid là rất hiệu quả. Thêm vào đó, với sự phát triển của lĩnh vực sinh học phân tử, việc định danh các tác nhân gây viêm tinh hoàn trở nên dễ dàng hơn. Hầu hết các vi khuẩn lây truyền qua đường tình dục có thể được xác định bằng xét nghiệm PCR dịch niệu đạo hoặc tuyến tiền liệt. Chính vì vậy, trong các trường hợp viêm mào tinh hoàn đã điều trị bằng các nhóm kháng sinh trên nhưng không có hiệu quả và không xác định được các tác nhân thường gặp gây viêm tinh hoàn-mào tinh hoàn, cần nghĩ đến khả năng mắc lao mào tinh.

Các bằng chứng trong y văn đã cho thấy viêm mào tinh hoàn do lao cần được chẩn đoán bằng cách dùng kim nhỏ chọc hút tế bào hoặc sinh thiết mào tinh vì vi khuẩn lao thường không phân lập được trong nước tiểu [2]. Theo Jiangwei Man, viêm mào tinh hoàn có thể là biểu hiện duy nhất của bệnh lao sinh dục, do đó ngay cả khi lao thận và tiết niệu không có dấu hiệu lâm sàng hay xét nghiệm bất thường, tất cả nam giới có tổn thương mào tinh hoàn nên làm sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ [5]. Với bệnh nhân của chúng tôi, có bệnh sử viêm mào tinh hoàn phải điều trị nhiều lần không khỏi, chỉ định sinh thiết tổ chức viêm ở mào tinh hoàn phải để lấy bệnh phẩm định danh tác nhân đã phát hiện ra *Mycobacterium tuberculosis*, hoàn toàn phù hợp với quan điểm của nhiều tác giả khác trên thế giới.

Sau khi được chẩn đoán lao mào tinh hoàn phải đơn độc, bệnh nhân được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lao-Phổi Trung ương theo phác đồ gồm:

- 2 tháng đầu (liều điều trị tấn công): rifampicin (uống, liều 600mg/ ngày), isoniazid (uống, liều 300mg/ ngày), pyrazinamide (uống, liều 2000mg/ ngày) và ethambutol (uống, liều 1200mg/ ngày).

- Dự kiến 10 tháng tiếp theo: rifampicin (uống, liều 600mg/ ngày), isoniazid (uống, liều 300mg/ ngày)

Kết quả sau 1 tháng điều trị, bệnh nhân hết triệu chứng đau tức bìu; sờ nắn thấy khối viêm cũ kích thước giảm rõ rệt còn ~1cm, mật độ khối viêm ở mào tinh mềm hơn trước điều trị. Siêu âm tinh hoàn sau điều trị 01 tháng cho thấy khối viêm cũ mào tinh hoàn phải kích thước còn ~1cm, độ cản âm trở nên đồng nhất. Việc điều trị theo phác đồ lao tiêu chuẩn đã cải thiện rõ rệt tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng cho bệnh nhân của chúng tôi, mà các phác đồ điều trị viêm mào tinh hoàn nguyên nhân do các vi khuẩn thông thường trước đó không làm được.

V. KẾT LUẬN

Lao mào tinh hoàn là một bệnh lý hiếm gặp và gây nên khó khăn trong chẩn đoán và điều trị cho các bác sĩ lâm sàng. Nên đối với các trường hợp viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn không do lao được điều trị nhiều lần bằng các nhóm kháng sinh phù hợp nhưng không khỏi, cần nghĩ đến do lao. Trong trường hợp này, giá trị nhất là chỉ định sinh thiết tinh hoàn bằng kim nhỏ để lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh hoặc xét nghiệm PCR định danh Lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barry R Bloom, e.a., Tuberculosis.** Major Infectious Diseases. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017(Chapter 11).
2. **Asif Muneer, e.a.,** Urogenital tuberculosis — epidemiology, pathogenesis and clinical features. *Nature Reviews Urology*, 2019(16): p. 573–598.
3. **André A. Figueiredo, A.M.L.,** and Miguel Srougi, Urogenital Tuberculosis. *ASM*, 2017. **5**(1).
4. **André A Figueiredo, A.M.L.,** Urogenital Tuberculosis: Update and Review of 8961 Cases from the World Literature. *Rev Urol*, 2008. **10**(3): p. 207–217.
5. **Jiangwei Man, e.a.,** Diagnosis and treatment of epididymal tuberculosis: a review of 47 cases. *Peer Journal*, 2020. **8**: p. e8291.
6. **Siddharth Yadav, e.a.,** Genital tuberculosis: current status of diagnosis and management. *Transl Androl Urol*, 2017. **6**(2): p. 222–233.
7. **Viswaroop, B.S., N. Kekre, and G. Gopalakrishnan,** Isolated tuberculous epididymitis: A review of forty cases. *Journal of postgraduate medicine*, 2005. **51**(2): p. 109.
8. **Shuang Li, e.a.,** A better understanding of testicular and/or epididymal tuberculosis based on clinical, ultrasonic, computed tomography, and magnetic resonance imaging features at a high-volume institute in the modern era. *Quantitative Imaging in Medicine Surgery*, 2021. **11**(6): p. 2465–2476.
9. **Louette, A., et al.,** Treatment of Acute Epididymitis: A Systematic Review and Discussion of the Implications for Treatment Based on Etiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 2018. **45**(12): p. e104-e108.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN QUÁ SẢN NIÊM MẠC TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào*, Mai Trọng Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân quá sản niêm mạc tử cung điển hình được điều trị bằng dụng cụ tử cung Mirena tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 41,3 ± 4,4 tuổi, 100% bệnh nhân biểu hiện rong kinh rong huyết trong đó rong kinh chiếm 67,7%. Niêm mạc tử cung dày trên 9 mm chiếm 89,3%. **Kết luận:** Tất cả bệnh nhân có triệu chứng rong kinh, rong huyết và niêm mạc tử cung chủ yếu dày trên 9mm.

Từ khóa: Quá sản niêm mạc tử cung, rong kinh, dụng cụ tử cung minera.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of typical endometrial hyperplasia patients treated with Mirena IUDs at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** this is a cross-

sectional study. **Results:** Mean age was 41.3 ± 4.4 years old, 100% of patients with menorrhagia, of which menorrhagia accounted for 67.7%, endometrial thickness is over 9 mm accounting for 89.3%, 100% of the pathological results are hyperplasia. **Conclusion:** All patients with symptoms of menorrhagia, and endometrial thickness mainly over 9mm.

Key words: endometrial hyperplasia, menorrhagia, minera IUDs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá sản niêm mạc tử cung là bệnh lý hay gặp ở lứa tuổi tiền mãn kinh. Ở các nước phương Tây đây là bệnh lý rất phổ biến, nhiều gấp 3 lần ung thư niêm mạc tử cung. Tại Việt Nam chưa có con số thống kê chính thức, tuy nhiên bệnh lý này hay gặp ở những người có chu kỳ kinh nguyệt (CKKN) không phóng noãn, đặc biệt quanh thời kỳ mãn kinh. Bệnh cảnh lâm sàng của QSNMTC rất nghèo nàn trừ khi bị RKRH. Hiện tượng RKRH trong QSNMTC là do nội mạc tử cung (NMTC) chịu tác động đơn độc liên tục kéo dài của estrogen mà không có sự tác động kế tiếp hiệp đồng đối kháng của progesteron. Do đó NMTC phát triển dày lên không chế tiết và khi bong không gọn, không triệt để, do đó gây nên tình trạng chảy máu kéo dài. QSNMTC có tiềm năng trở thành ung thư NMTC nếu không được chẩn

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022