

U MỠ LƯỠI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Ngô Xuân Quý¹, Đặng Xuân Dũng², Ngô Quốc Duy^{1,2}

TÓM TẮT

U mỡ là u lành tính thường phát triển chậm, ít triệu chứng. Tuy nhiên u mỡ ở lưỡi hiếm gặp. Phẫu thuật cắt bỏ u là phương pháp điều trị chính. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 53 tuổi vào viện vì khối u ở lưỡi. Qua khám lâm sàng kết hợp chụp cộng hưởng từ kết quả là u mỡ vùng lưỡi phải có kích thước lớn 60 x 53 x 53mm. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ khối u thành công và được theo dõi định kỳ sau 3 năm ổn định. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi hồi cứu lại về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trong y văn.

Từ khóa: u mỡ, u lưỡi, u lành tính, u mỡ ở khoang miệng.

SUMMARY

THE LIPOMA OF TONGUE: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Lipomas are the most common soft tissue mesenchymal neoplasms and usually exhibit slow and asymptomatic growth. They are uncommon in the tongue. Surgical excision is the main treatment method. The present study reports a 53-year-old man was referred to our department after noticing a tongue swelling. Examination and further radiographic and histological investigations revealed a large tongue lipoma which had been present for over three years. The tumor was completely excised, and subsequent to 3 years of follow-up, there was no recurrence of the lesion. In this report, the authors present the clinical, histological features of lipoma of the tongue with review of the literature.

Keywords: lipoma, tongue tumor, benign tumor, oral lipoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mỡ là một trong những u lành tính phổ biến nhất, có thể xuất hiện tại bất kỳ cơ quan nào trên cơ thể mà có mô mỡ. Lưỡi là khối cơ đặc hầu như không có mô mỡ, nên u mỡ xuất hiện ở lưỡi là rất hiếm.

U mỡ có thể xuất hiện nhiều vị trí trên cơ thể (chiếm khoảng 50% các khối u mô mềm) trong đó 15-20% ở vùng đầu, cổ. Tuy nhiên chỉ có 1-4% u mỡ biểu hiện tại khoang miệng.¹ Tại khoang miệng, vị trí xuất hiện phổ biến nhất của u mỡ là niêm mạc má, tiếp đó là lưỡi. U mỡ lưỡi

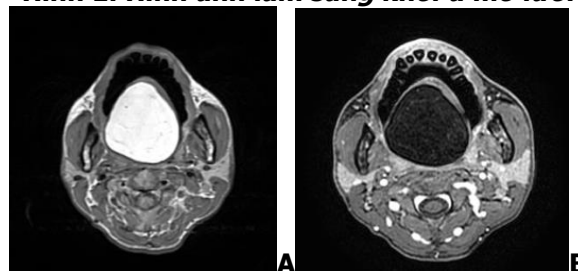
chỉ chiếm 0,3% trong tổng số các u của lưỡi, thường phát triển chậm, ít gây triệu chứng trên lâm sàng.² Ở Việt Nam, chúng tôi thấy rất ít báo cáo về u mỡ ở lưỡi. Vì vậy, trong bài này, chúng tôi xin báo cáo về một ca lâm sàng u mỡ lưỡi và tổng quan lại một số đặc điểm lâm sàng, bệnh học trong điều trị u mỡ biểu hiện tại lưỡi.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 57 tuổi, vào viện vì khối u lớn ở lưỡi gây nói khó và vướng khi ăn. Bệnh sử khoảng vài năm nay bệnh nhân thấy xuất hiện khối u tại lưỡi, ban đầu u nhỏ nhưng tăng dần kích thước theo thời gian, không gây triệu chứng. Khoảng 6 tháng gần đây, khối u gây triệu chứng nói khó và ăn uống khó, mức độ tăng dần nên bệnh nhân đi khám. Tiền sử bản thân không nghiện rượu, không mắc các bệnh lý rối loạn chuyển hóa, tiền sử gia đình không phát hiện bất thường. Khám lâm sàng phát hiện khối u lớn tại lưỡi phải, kích thước khoảng 5x6 cm, di động, lan một phần xuống gốc lưỡi, chiếm thể tích lớn trong khoang miệng, niêm mạc lưỡi trên bề mặt khối u bình thường, không sùi loét, không chảy dịch.



Hình 1. Hình ảnh lâm sàng khối u mỡ lưỡi



Hình 2: Hình ảnh cộng hưởng từ khoang miệng

A: Khối u lưỡi tăng mạnh tín hiệu trên T1

B: Khối u lưỡi giảm tín hiệu trên T2

Bệnh nhân được chụp MRI khoang miệng phát hiện thấy bờ lưỡi bên phải có khối u kích thước 60 x 53 x 53mm, hình bầu dục, bờ tròn

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý

Email: ngoxuanquy1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 24.3.2023

đều, ranh giới rõ với cấu trúc xung quanh, tăng mạnh tín hiệu trên T1, giảm tín hiệu trên T2, không ngấm thuốc bất thường sau tiêm, tổn thương lớn lấp đầy khoang miệng, gây hiệu ứng đẩy lưỡi sang trái, đẩy khẩu cái mềm lên cao, không thấy hình ảnh xâm lấn mô mềm sàn miệng (**hình 2**). Kết luận dựa trên hình ảnh MRI là theo dõi u mỡ lưỡi.

Các xét nghiệm đánh giá cơ bản trước mổ trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chẩn đoán là u mỡ kích thước lớn biểu hiện tại lưỡi và được phẫu thuật cắt u dưới gây mê nội khí quản (**hình 3**). Trong quá trình phẫu thuật thuận lợi, bóc tách khối u dễ dàng, không chảy máu. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u mỡ biểu hiện tại lưỡi. Hậu phẫu bệnh nhân ổn định được ra viện vào ngày thứ 7 sau mổ.



Hình 3: Hình ảnh đại thể khối u mỡ lưỡi trong mổ

III. BÀN LUẬN

U mỡ là loại u lành tính hay gặp, tuy nhiên ít gặp u mỡ biểu hiện tại vùng đầu, cổ và đặc biệt rất hiếm gặp tại lưỡi. Theo một báo cáo tại Trung Quốc trên 18 bệnh nhân u mỡ lưỡi từ năm 1985 đến năm 2014 chỉ ra rằng, không có sự khác biệt về giới³. Trong khi một số nghiên cứu khác trên thế giới lại cho thấy tỷ lệ mắc ở nữ giới cao hơn (tỷ lệ nữ/nam là 2,4/1).⁴ Trong nghiên cứu tại Trung Quốc, độ tuổi mắc bệnh từ 1 tuổi đến 66 tuổi, trong đó phần lớn bệnh nhân trên 30 tuổi (16 bệnh nhân) và 2 bệnh nhân dưới 1 tuổi. Theo tác giả Juliasse và Taira, độ tuổi hay gặp nhất là 60 - 70 tuổi.^{4,5} Kích thước trung bình của u mỡ lưỡi được ghi nhận lại theo các nghiên cứu là 2,1 cm, dao động trong khoảng từ 0,5 - 10 cm^{4,6}. Theo báo cáo tại Trung Quốc, 11 bệnh nhân có u kích thước < 2cm, 6 bệnh nhân có u > 2cm, trong đó u kích thước lớn nhất được ghi nhận là 60x60x50 mm. Trong báo cáo của chúng tôi, kích thước u mỡ là 60x53x53mm. Đây là u có kích thước lớn, rất ít các báo cáo trên thế giới về u mỡ lưỡi có kích thước lớn tương tự như kích thước trong báo cáo của chúng tôi. Theo thống kê, u mỡ lưỡi có thể phát triển tại vị trí đầu lưỡi,

trung tâm, bờ lưỡi hoặc mặt dưới của lưỡi, nhưng vị trí hay gặp nhất là tại bờ bên của lưỡi. Về khía cạnh mô bệnh học, u mỡ được phân chia thành các dưới typ: u mỡ kinh điển, u mỡ biến đổi gồm: u mỡ mạch, u cơ mỡ, u cơ mỡ, u xơ mỡ, u mỡ sụn, u mỡ xương, u mỡ xâm nhập cơ và một số typ khác.^{2,4,7} U mỡ có thể có vỏ bao (u mỡ kinh điển) hoặc không có vỏ bao (u mỡ thể xâm nhập),⁷ phần lớn là đơn u, đa u thường liên quan đến một số bệnh di truyền (hội chứng Gardner).⁸ Trong nghiên cứu tại Trung Quốc, 12 ca được phân loại là u mỡ lưỡi kinh điển (66,67%), 3 ca là u mỡ thể xâm nhập cơ (16,67%), 2 ca u mỡ không điển hình (11,11%), 1 ca là u mỡ sụn (5,56%). Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng, u mỡ kinh điển là typ hay gặp nhất. Trong bài báo cáo của chúng tôi, bệnh nhân cũng thuộc typ u mỡ kinh điển.

Chẩn đoán u mỡ dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng. Lâm sàng u mỡ thường ít triệu chứng, gây biểu hiện lâm sàng khi u có kích thước lớn, khám khối u thường khu trú, không xâm lấn các cấu trúc lân cận, ranh giới rõ, niêm mạc lưỡi phủ bề mặt u bình thường, không sùi loét. MRI hàm miệng có vai trò quan trọng trong đánh giá tính chất khối u, trên MRI khối u thường có tín hiệu mỡ (tăng tín hiệu trên T1, giảm tín hiệu trên T2, STIR), ranh giới rõ, không xâm lấn, không bắt thuốc đối quang tử sau tiêm, ngoài ra còn đánh giá kích thước và vị trí của khối u. U mỡ lưỡi cần được chẩn đoán phân biệt với một số tổn thương khác, đặc biệt là u máu tại lưỡi. U máu lưỡi thường biểu hiện ở trẻ em, biểu hiện lâm sàng có thể gây đau, chảy máu tại u và u thường có màu xanh thẫm. Trên MRI: u mỡ thường đồng hoặc tăng tín hiệu so với mô cơ trên T1, tăng tín hiệu trên T2.⁹ Chẩn đoán xác định u mỡ dựa trên mô bệnh học sau mổ.

Về điều trị, phẫu thuật cắt u là biện pháp điều trị chính đối với u mỡ lưỡi.¹⁰ Tỷ lệ tái phát rất thấp, đặc biệt là thể u mỡ kinh điển. Tái phát chủ yếu thấy ở thể u mỡ xâm nhập, do u xâm lấn vào mô cơ xung quanh, hoặc phẫu thuật không lấy được hết u.

IV. KẾT LUẬN

U mỡ lưỡi là khối u lành tính, ít gặp, bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn khối u to, chèn ép khoang miệng gây triệu chứng trên lâm sàng. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật lấy u. Mặc dù là u lành tính, hiếm gặp nhưng các bác sĩ cần chẩn đoán đúng và có thái độ xử trí phù hợp để tránh bỏ sót và điều trị không đúng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MA, Vargas PA.** Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. *International journal of oral and maxillofacial surgery.* 2003;32(1):49-53.
2. **Srinivasan K, Hariharan N, Parthiban P, Shyamala R.** Lipoma of tongue - A rare site for a rare site for a common tumour. *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery* : official publication of the Association of Otolaryngologists of India. 2007;59(1):83-84.
3. **Lu SL, Zheng JJ, Wu H, et al.** Tongue lipoma in an older male: A case report and literature review of patients with tongue lipoma reported in China. *Oncology letters.* 2016;11(1):419-422.
4. **Juliase LE, Nonaka CF, Pinto LP, Freitas Rde A, Miguel MC.** Lipomas of the oral cavity: clinical and histopathologic study of 41 cases in a Brazilian population. *European archives of oto-rhino-laryngology* : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2010;267(3):459-465.
5. **Taira Y, Yasukawa K, Yamamori I, Iino M.** Oral lipoma extending superiorly from mandibular gingivobuccal fold to gingiva: a case report and analysis of 207 patients with oral lipoma in Japan. *Odontology.* 2012;100(1):104-108.
6. **Chandak S, Pandilwar PK, Chandak T, Mundhada R.** Huge lipoma of tongue. *Contemporary clinical dentistry.* 2012;3(4):507-509.
7. **Raj AA, Shetty PM, Yadav SK.** Lipoma of the floor of the mouth: report of an unusually large lesion. *Journal of maxillofacial and oral surgery.* 2014;13(3):328-331.
8. **Panjwani S, Bagewadi A, Keluskar V, Arora S.** Gardner's Syndrome. *Journal of clinical imaging science.* 2011;1:65.
9. **Bozan N, Gür MH, Kiroğlu AF, Çankaya H, Garça MF.** Dilde Hemanjiom: Olgu Sunumu. 2014;21(2):120-122.
10. **Chidzonga MM, Mahomva L, Marimo C.** Gigantic tongue lipoma: a case report. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal.* 2006; 11(5): E437-439.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH SỐT MÒ TẠI MỘT SỐ ĐỊA BÀN TRỌNG ĐIỂM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ bệnh sốt mò tại một số địa bàn trọng điểm. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu và xét nghiệm theo phương pháp ELISA phát hiện kháng thể kháng *Orientia tsutsugamushi* trên 21.630 mẫu huyết thanh thu thập từ 12 tỉnh trên 3 khu vực Tây Bắc, Tây Nguyên và Tây Nam bộ. **Kết quả:** Tỷ lệ người có kháng thể kháng *Orientia tsutsugamushi* chung là 9,88%; cao nhất ở Tây Bắc 12,17%, tiếp đến là Tây Nguyên 11,04% và thấp nhất là Tây Nam Bộ 6,42%. Tỷ lệ người bị nhiễm cao nhất ở nhóm 36 - 55 tuổi (11,17%) trong khi tỷ lệ thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 15-35 tuổi (8,54%). Tỷ lệ người có kháng thể kháng *Orientia tsutsugamushi* ở nhóm dân tộc Kinh là 13,69%, cao hơn các nhóm dân tộc còn lại (6,00%). Tỷ lệ nhiễm ở nhóm người làm nghề nông nghiệp cao nhất 12,47% so với một số ngành nghề khác. Tỷ lệ người có kháng thể kháng *Orientia tsutsugamushi* trong cộng đồng dân cư sống trong các khu vực có đặc điểm sinh cảnh Savan và rừng tái sinh tương ứng là 11,26% đến 11,38% cao hơn cộng đồng dân cư sống trong vùng rừng nguyên sinh (6,17%). **Kết luận:** Tỷ lệ người mang kháng thể

Nguyễn Xuân Kiên¹, Nguyễn Văn Chuyên¹

kháng *Orientia tsutsugamushi* chung là 9,88%. Có sự khác biệt về tỷ lệ người nhiễm bệnh giữa các khu vực, giới tính, độ tuổi, dân tộc, ngành nghề và khu vực sinh sống.

Từ khóa: dịch tễ học, sốt mò, địa bàn trọng điểm

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS, RISK FACTORS OF SCRUB TYPHUS IN SOME KEY AREAS

Objectives: To describe the epidemiological characteristics, risk factors of scrub typhus in some key areas. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study, sampling and testing by ELISA method to detect anti-*Orientia tsutsugamushi* antibodies on 21,630 serum samples collected from 12 provinces in 3 regions of the Northwest, the Central Highlands and the Southwest. **Results:** The percentage of people with general anti-*Orientia tsutsugamushi* antibodies was 9.88%; The highest is in the Northwest at 12.17%, followed by the Central Highlands at 11.04% and the lowest in the Southwest at 6.42%. The highest rate of infection was in the 36-55 age group (11.17%) while the lowest rate was in the under 15-35 age group (8.54%). The proportion of people with anti-*Orientia tsutsugamushi* antibodies in the Kinh ethnic group was 13.69%, higher than that of the other ethnic groups (6.00%). The infection rate in the group of people working in agriculture was the highest at 12.47% compared to some other occupations. The proportion of people with anti-*Orientia tsutsugamushi* antibodies in the community

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: nguyensexuankien@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 24.3.2023