

U SỢI SINH XƯƠNG: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Lê Thanh Thái¹, Phùng Thị Hòa², Trương Ngọc Huy³

1. Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Huế

2. Đại học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

3. Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i69.200>

TÓM TẮT

Mở đầu: Các tổn thương sợi xương ở mặt và xoang cạnh mũi hiếm gặp, thường gây khó khăn trong chẩn đoán. U sợi xương lành tính cần được phân biệt với các tổn thương khác như loạn sản sợi. **Báo cáo ca lâm sàng:** Trình bày trường hợp bệnh nhân nam 13 tuổi với khối u xơ tạo xương lớn vùng mũi gây nghẹt mũi và lồi mắt trái. Bệnh nhân được phẫu thuật mở để lấy trọn khối u. Kết quả giải phẫu bệnh xác nhận u xơ tạo xương. Sau phẫu thuật, bệnh nhân hồi phục tốt và không có biến chứng. **Kết luận:** U sợi sinh xương lành tính nhưng cần phẫu thuật sớm để tránh biến chứng chèn ép. Phẫu thuật mở là phương pháp hiệu quả để đảm bảo lấy hết khối u và giảm nguy cơ tái phát.

Từ khóa: u sợi sinh xương, xoang cạnh mũi, làm tắc mạch máu bằng các vật liệu

OSSIFYING FIBROMA: A CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Fibro-osseous lesions of the face and paranasal sinuses are rare and often challenging to diagnose. Benign ossifying fibroma must be distinguished from other conditions, such as fibrous dysplasia. **Case Report:** We report a 13-year-old male with a large cemento-ossifying fibroma in the nasal region causing nasal obstruction and left eye proptosis. The patient underwent preoperative embolization and open surgical excision. Histopathology confirmed the diagnosis, and the patient recovered well without complications. **Conclusion:** Although benign, cemento-ossifying fibroma requires early surgical intervention to prevent compressive complications. Open surgery ensures complete removal and minimizes recurrence risk.

Keywords: Ossifying fibroma, paranasal sinuses, embolization

* Tác giả liên hệ: Trương Ngọc Huy; ĐT: 0904027359; Email: truongngochuy1998@gmail.com

Nhận bài: 10/03/2025

Ngày nhận phản biện: 17/03/2025

Ngày nhận phản hồi: 25/3/2025

Ngày duyệt đăng: 05/04/2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sợi sinh xương là một tổn thương xương lành tính hiếm gặp. Nó thường ảnh hưởng đến các xương mặt, đặc biệt là xương hàm dưới, tiếp đến là vùng mũi xoang. Ở vùng mũi xoang, u sợi sinh xương thường gặp ở xoang hàm và xoang sàng, hiếm khi gặp ở xoang trán và xoang bướm. Các biến thể của u sợi sinh xương khác nhau về bản chất của vật liệu bị vôi hóa (tức là xi măng so với xương), ở vị trí của tổn thương (miệng so với xoang cạnh mũi hoặc ổ mắt) [1]. Do sự hiện diện của cả mô xương và mô giống xi măng trong u sợi sinh xương, các tổn thương này được mô tả bằng các thuật ngữ u sợi sinh xương, u sợi tạo xương-xi măng, và u sợi tạo xi măng [2].

Trong bài báo cáo này, chúng tôi trình bày một ca lâm sàng U sợi sinh xương đã được phẫu thuật có kết hợp phương pháp làm tắc mạch bằng các vật liệu tại khoa Tai Mũi Họng – Mắt – Răng hàm mặt - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

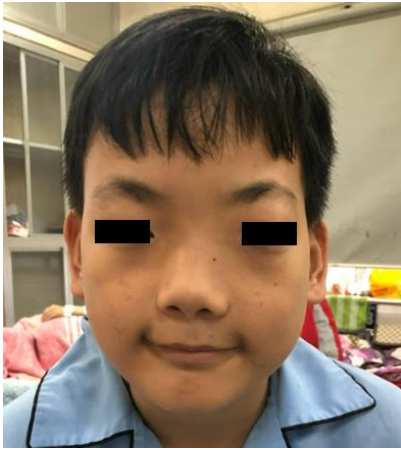
Bệnh nhân T.N.Q, nam, 13 tuổi, vào viện ngày 28/02/2024 vì tình trạng ngạt mũi khởi phát cách đây khoảng một năm, BN

xuất hiện các đợt nghẹt mũi bên trái, có được điều trị nội khoa nhưng không cải thiện. Cách ngày nhập viện 3 tháng, BN xuất hiện sưng đỏ mắt kèm tiết ghèn nhiều bên mắt trái. BN được điều trị nội khoa 3 đợt nhưng không khỏi, mắt còn sưng to kèm nghẹt mũi tăng.

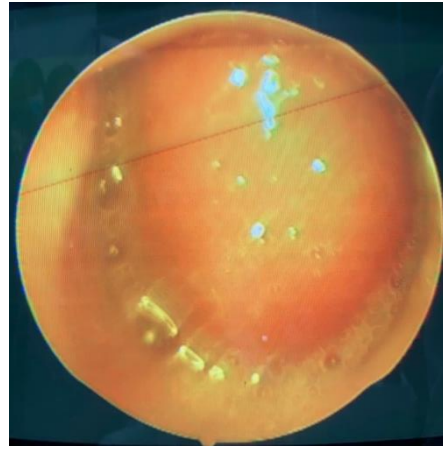
Tiền sử không phát hiện các đợt giảm thính lực, đau đầu, sốt hay chảy máu mũi cũng như tiền sử các bệnh lý mạn tính khác.

Thăm khám lâm sàng quan sát thấy khuôn mặt biến dạng, mắt trái bị đẩy lồi ra phía trước và phía ngoài (Hình 1). Thị trường, thị lực, phản xạ đồng tử bình thường. Khám các dây thần kinh chưa phát hiện bất thường. Khám mũi thấy có một khối cứng chắc nằm trong hốc mũi trái (Hình 2). Lúc này chúng tôi nghĩ đến một khối u vùng mũi xoang đè đẩy nhãn cầu từ phía sau do đó chúng tôi chỉ định cho bệnh nhân chụp CT Scan mũi xoang có tiêm thuốc cản quang.

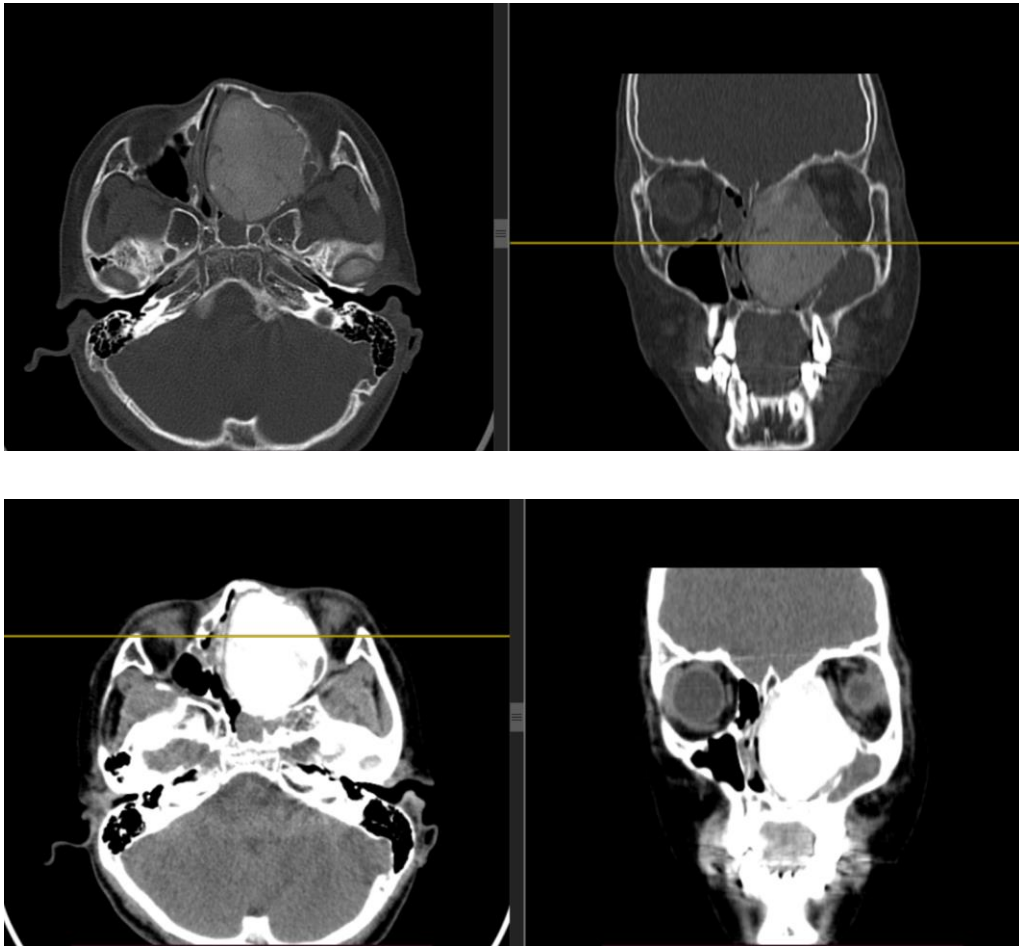
CT Scan mũi xoang có tiêm thuốc cản quang ghi nhận một khối choán chỗ tỉ trọng cao lấp đầy hốc mũi trái, giàu mạch máu, bờ không đều, giới hạn rõ, kích thước khoảng 45x59 mm, đè đẩy xoang sàng sang bên phải và nhãn cầu ra phía trước, chưa xâm lấn phá vỡ các xương kế cận (Hình 3).



Hình 1: Khuôn mặt biến dạng, mắt trái bị đẩy lùi ra phía trước và phía ngoài



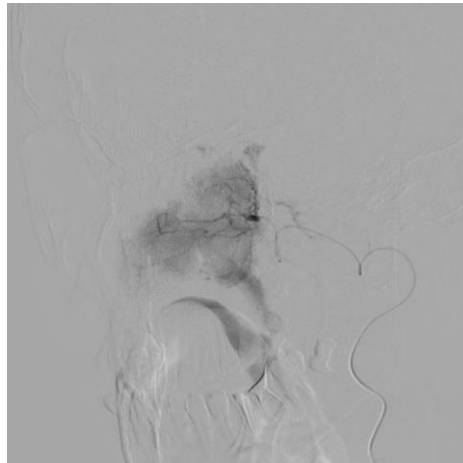
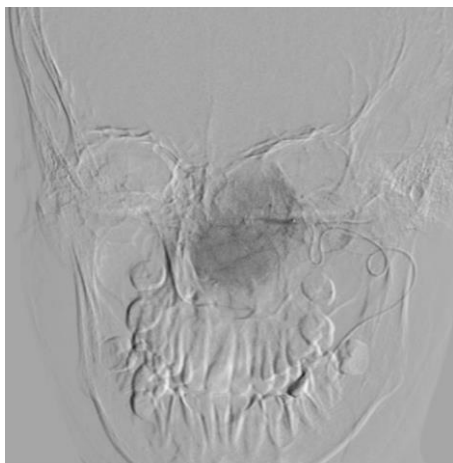
Hình 2: Khối cứng chắc nằm trong hốc mũi trái, chiếm gần toàn bộ hốc mũi trái.



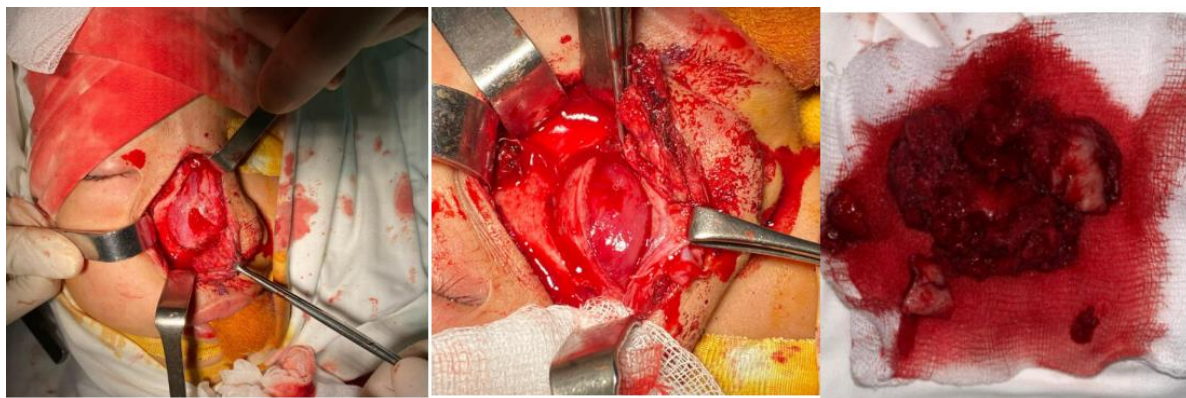
Hình 3: Hình ảnh CT scan của bệnh nhân.

Chúng tôi chẩn đoán đây là một trường hợp U xương vùng mũi xoang Trái. Sau đó bệnh nhân được giải thích về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị để cải thiện triệu chứng và ngăn chặn sự phát triển của khối u. Đặc biệt, do khối u có nhiều mạch máu nuôi, bệnh nhân đã được

lên kế hoạch chụp mạch máu và làm tắc mạch máu chọn lọc mạch máu nuôi khối u để giảm chảy máu trong quá trình phẫu thuật. Sau đó bệnh nhân được phẫu thuật **Mở đường cạnh mũi trái lấy toàn bộ khối u làm Giải phẫu bệnh lý và chỉnh hình hốc mũi bằng vật da tại chỗ.**



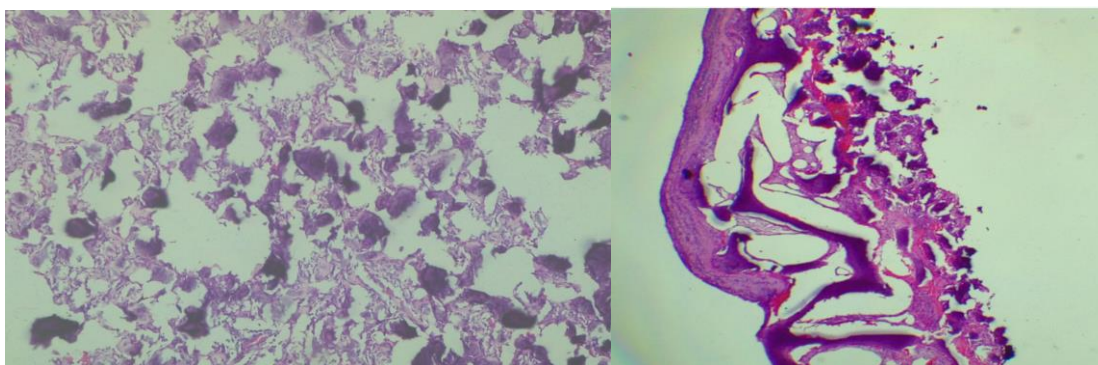
Hình 4: Hình ảnh chụp mạch máu của bệnh nhân: Khối u tăng sinh mạch ở hốc mũi có nhánh nuôi xuất phát từ động mạch hàm trong.



Hình 5: Phẫu trường và khối u được lấy ra.

Bệnh nhân được rút Meche sau 2 ngày và Merocel sau 4 ngày. Sau đó bệnh nhân đỡ ngạt mũi, giảm sung đỏ mắt và chảy nước mắt.

Kết quả giải phẫu bệnh lý: U sợi sinh xương (Ossifying fibroma)



Hình 6: Hình ảnh giải phẫu bệnh lý

Bệnh nhân được ra viện sau 6 ngày theo dõi. Bệnh nhân tái khám theo dõi theo lịch hẹn.

3. BÀN LUẬN

U sợi sinh xương đầu tiên được mô tả bởi Menzel vào năm 1972, lúc đó nó được xem như là một dạng u xương. Hiện tại, thuật ngữ sang thương sợi xương lành tính được sử dụng trong y văn để mô tả một loạt những sang thương từ loạn sản sợi đến u sợi sinh xương, bao gồm cementifying fibroma, psammomatoid ossifying fibroma, psammoosteoid fibroma, juvenile ossifying fibroma, và juvenile active ossifying fibroma [3].

Những đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

Về mặt lâm sàng, các tổn thương này thường biểu hiện dưới dạng các khối sưng không đau và không kèm theo các triệu chứng khác, nhưng vẫn có những trường hợp đau nhức, tiết dịch mũi xoang, biến dạng khuôn mặt và lồi mắt. Waldron đã chỉ ra rằng các u sợi sinh xương nhỏ hiếm khi biểu hiện lâm sàng và thường được phát hiện trong quá trình chụp X-quang thông thường, trong khi các tổn thương lớn hơn biểu hiện với triệu

chứng sưng nhưng hiếm khi đau [4]. Pace đã tính toán thời gian nhân đôi khối u là 3,5 tháng ở trẻ em [5]. Về mặt X quang, u sợi sinh xương ở tuổi vị thành niên biểu hiện dưới dạng một khối đơn độc, mở rộng đồng tâm, có giới hạn rõ ràng với mật độ xương. Chính bản chất giới hạn của u sợi sinh xương giúp phân biệt nó với chứng loạn sản sợi. Trung tâm sợi của khối u ít đậm đặc hơn trên CT với ít hoặc không có sự tăng cường độ tương phản. Trên MRI, tổn thương này có tín hiệu cường độ cao không đồng nhất trên các chuỗi có trọng số T1 và tín hiệu cường độ thấp trên các chuỗi có trọng số T2. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u [3]. Khác với chứng loạn sản sợi, hiện chưa có dữ liệu nào về hiệu quả của việc sử dụng bisphosphonates trong điều trị khối u sợi xương. Phương pháp nội soi có thể được sử dụng cho khối u nhỏ hơn, nhưng phương pháp mổ mở theo đường ngoài cạnh mũi được ưu tiên trong trường hợp này do khối u lớn, tỷ lệ tái phát cao và khó khăn trong việc đảm bảo kiểm soát cục bộ ở phần trước của xoang hàm[6].

Hình ảnh học

Đặc điểm hình ảnh học thay đổi tùy từng trường hợp [3]. Nhìn chung, u sợi sinh xương ở tuổi vị thành niên biểu hiện dưới dạng một khối đơn độc, có giới hạn rõ ràng, giãn nở đồng tâm và có mật độ xương [4], [6].

Trên CT, u sợi sinh xương điển hình có giới hạn rõ với mô xương kế cận. Chúng cho thấy một đường biên giới hạn rõ, tương tự như các tổn thương xương lành tính khác. Các thành của xoang có thể thấy hình ảnh dày lên và đang trong quá trình tái tạo, thỉnh thoảng có thể kết hợp với sự bào mòn xương. Vùng trung tâm bao gồm một chất keo không đồng nhất, bao gồm hình ảnh mờ biểu hiện hiện tượng canxi hóa lan tỏa và những vùng ít đậm độ hơn chứa mô sợi hoặc chất nhầy tồn đọng. Thành phần mô sợi mềm và mô xương có thể thay đổi. Ngược lại với u sợi sinh xương, loạn sản sợi cho thấy bờ lan tỏa và thay đổi đồng nhất hơn ở vùng chất keo trung tâm. Tuy nhiên, chẩn đoán phân biệt với những thay đổi xương lành tính khác thì khó, không phải các tiêu chuẩn trên CT lúc nào cũng đáng tin cậy [3].

Phương pháp điều trị

Cho đến thời điểm hiện tại, điều trị phẫu thuật là lựa chọn ưu tiên hàng đầu. Trong phần lớn các trường hợp, có thể chọn một đường mổ cho một tầm nhìn đầy đủ và cho phép lấy trọn vẹn khối u. Trong quá trình lấy u, để giảm thiểu tối đa tình trạng mất máu cần hạ và kiểm soát tốt huyết áp trước khi lấy u. Việc lấy hoàn toàn khối u cũng giảm nguy cơ chảy máu trong mổ và sau mổ. Không

phải tất cả các khối u sợi sinh xương đều có thể được phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ. Nếu các khối u khu trú vị trí xương hàm trên, gò má, hoặc xương hàm dưới, việc lấy bỏ triệt để khối u có thể thực hiện được. Tuy nhiên, nếu vị trí khối u xâm lấn rộng ở nền sọ liên quan đến các mạch máu lớn và thần kinh, việc lấy bỏ trọn vẹn khối u cần phải cân nhắc vì có thể tổn thương đến các cấu trúc này. Tỷ lệ tái phát là 30% (Johnson) và 58% (Makek). Nếu không lấy hết được toàn bộ khối u, những biến chứng như mù mắt, u xâm lấn nội sọ, viêm màng não, viêm não là có thể xảy ra. Xạ trị không hiệu quả đối với các tổn thương sợi xương lành tính. Không những vậy nó có thể làm gia tăng nguy cơ chuyển dạng ác tính. Điều trị sau mổ phải bao gồm cả thăm khám nội soi và hình ảnh học [3].

4. KẾT LUẬN

U sợi sinh xương có diễn biến lành tính nhưng cần được điều trị bằng phẫu thuật sớm do tính chất chèn ép của nó. Trong trường hợp khối u giàu mạch máu, việc làm tắc mạch máu trước phẫu thuật giúp giảm đáng kể nguy cơ chảy máu trong mổ. Phẫu thuật mở đường cạnh mũi, như trong trường hợp được trình bày, vẫn là lựa chọn phù hợp cho những khối u lớn, đảm bảo lấy trọn vẹn khối u, cầm máu cũng như tránh tổn thương các cơ quan quan trọng lân cận vùng sọ. Theo dõi sau phẫu thuật rất quan trọng do tỷ lệ tái phát cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Azab M. A. (2024). Ossifying fibroma of the ethmoid and sphenoid sinuses: A report of a rare case and literature review. *Surgical neurology international*, 15, 38. https://doi.org/10.25259/SNI_182_2023
- [2] Jih, M. K., & Kim, J. S. (2020). Three types of ossifying fibroma: A report of 4 cases with an analysis of CBCT features. *Imaging science in dentistry*, 50(1), 65–71. <https://doi.org/10.5624/isd.2020.50.1.65>
- [3] Nguyễn Quảng Đại, Trần Minh Trường (2007). Nhân hai trường hợp u sợi sinh xương sàng bướm xâm lấn rộng nền sọ. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2007, số 1.
- [4] Collins, L. H. C., Zegalie, N. F. T., Sassoon, I., & Speight, P. M. (2023). A Clinical, Radiological and Histopathological Review of 74 Ossifying Fibromas. *Head and neck pathology*, 17(2), 433–446. <https://doi.org/10.1007/s12105-022-01522-w>
- [5] Pace, C., Crosher, R., Holt, D., & Pace, A. (2010). An estimate of the rate of growth of a juvenile aggressive ossifying fibroma in a 15 year old child. *Journal of Oral Science*, 52(2), 329–332. <https://doi.org/10.2334/josnurd.52.329>
- [6] Babaji, H. V., Bharathi, C. S., Pal, P. K., Singh, G., Anuradha, M., & Chaurasia, V. R. (2014). Juvenile aggressive ossifying fibroma of the maxilla: a case report. *Journal of international oral health :JIOH*, 6(5), 108–110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25395805>