

Nhân 1 trường hợp u mỡ dưới niêm mạc đại tràng xuống

Lipoma of the descending colon: A case report

Nguyễn Văn Trường, Triệu Triều Dương,
Diêm Đăng Bình, Hồ Hữu An,
Trần Tuấn Linh, Lê Văn Quốc

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

U mỡ đại tràng là bệnh lý lành tính hiếm gặp ở đường tiêu hóa, tỷ lệ mắc mới khoảng 0,035% đến 4,4%. Bệnh không có triệu chứng nên hầu hết được phát hiện tình cờ qua nội soi, chụp cắt lớp vi tính hay giải phẫu tử thi. Khi u kích thước trên 2cm có thể gặp các triệu chứng như đau bụng, rối loạn đại tiện, tắc ruột. Phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị chính đối với u mỡ đại tràng, đối với những khối u > 2cm được khuyến cáo nên phẫu thuật hơn là cắt qua nội soi để tránh các biến chứng thủng hay chảy máu đại tràng. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân nữ 61 tuổi được chẩn đoán khối u mỡ đại tràng xuống kích thước 4cm được phát hiện qua nội soi, chụp cắt lớp vi tính và được xác định bằng giải phẫu bệnh.

Từ khóa: Đại tràng, u mỡ, cắt lớp vi tính, nội soi đại tràng.

Summary

Colon lipoma is a rare benign disease in the gastrointestinal tract, the incidence is about 0.035% to 4.4%. The disease is often asymptomatic, so it is often discovered incidentally through endoscopy, computed tomography, or autopsy. When the tumor is over 2cm in size, symptoms such as abdominal pain, bowel disorders, bowel obstruction are common. Surgery is considered the mainstay of treatment for colonic lipomas. Furthermore, surgical rather than endoscopic resection is preferred for lipomas > 2cm to avoid complications such as bleeding and perforation. We report a 61-year-old female patient who had a 4cm descending colonic fat tumor detected by endoscopy, computed tomography, and confirmed by pathology.

Keywords: Colon, lipoma, CT, colonoscopy.

1. Đặt vấn đề

U mỡ đại tràng là bệnh lý hiếm gặp của đường tiêu hóa, nó thuộc nhóm khối u không biểu mô lành tính với tỷ lệ mắc mới từ 0,035% đến 4,4% [1], [2]. U mỡ đại

tràng được mô tả bởi Bauer năm 1757 [2], [3], [4]. Do phần lớn u mỡ đại tràng đều không có triệu chứng lâm sàng nên chủ yếu được phát hiện tình cờ qua nội soi đại tràng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, phẫu thuật hoặc giải phẫu tử thi [1]. Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào kích thước khối u; khi khối u > 2cm thường gây ra các triệu chứng như đau bụng, đại tiện ra máu, thay

Ngày nhận bài: 20/7/2021, *ngày chấp nhận đăng:* 4/8/2021

Người phản hồi: Nguyễn Văn Trường

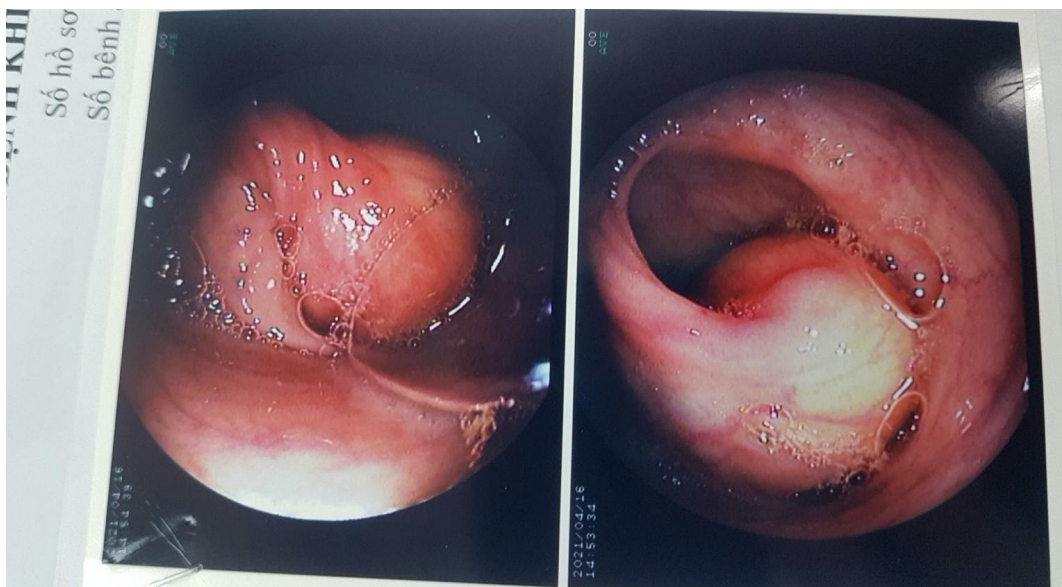
Email: truongqynt15@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

đổi thói quen đại tiện, tiêu chảy hoặc táo bón [4], [5]. Ngoài ra, khi khối u kích thước lớn có thể gây ra biến chứng chảy máu tiêu hóa; lồng ruột hoặc tắc ruột [4]. Về điều trị, cắt bỏ khối u được khuyến cáo với khối u mỡ đại tràng kích thước lớn hơn 2cm và hoặc có triệu chứng lâm sàng [6]. Những khối u > 2cm thì phẫu thuật cắt u được lựa chọn ưu tiên so với cắt qua nội soi đại tràng để tránh biến chứng chảy máu và thủng đại tràng [6].

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nữ 61 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có mổ ổ bụng trước đây, không có yếu tố gia đình liên quan đến bệnh lý ung thư đại tràng. Bệnh nhân vào viện với biểu hiện của bán tắc ruột ngày thứ 10; đau bụng từng cơn phần bụng phía bên trái, không buồn nôn, không nôn, không đại tiện ra máu, không tiêu chảy, không táo bón. Bệnh nhân được nội soi đại

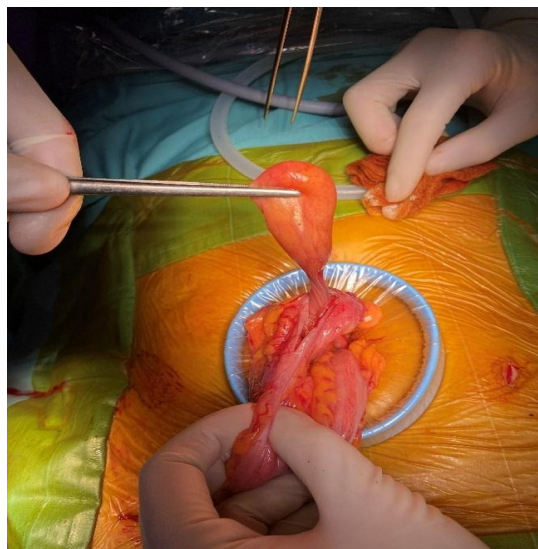
tràng phát hiện khối u dưới niêm mạc đại tràng xuống với đặc điểm; bề mặt khối u niêm mạc trơn bóng không có điểm viêm loét, xuất huyết (Hình 1). Trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có tổn thương là khối u hình cầu, tỷ trọng 98 Hounsfield, có bờ sắc nét, ranh giới rõ, không có biểu hiện xâm lấn ra tổ chức xung quanh. Hình ảnh nghĩ nhiều đến u mỡ đại tràng (Hình 2). Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu không có gì đặc biệt. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u. Vào ổ bụng thấy đại tràng phía trên u không giãn; tại vị trí u thanh mạc đại tràng bình thường; mạc treo không có hạch bất thường. Tiến hành mở đại tràng đánh giá u. Tổn thương trong mổ là u dạng polyp có cuống dài, kích thước 2,5 - 4,0cm, màu vàng nhạt, bề mặt nhẵn bóng, mật độ mềm (Hình 3). Bệnh nhân đã được cắt u sát chân polyp. Bệnh nhân ổn định ra viện sau 5 ngày điều trị. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ u mỡ dưới niêm mạc (Hình 4).



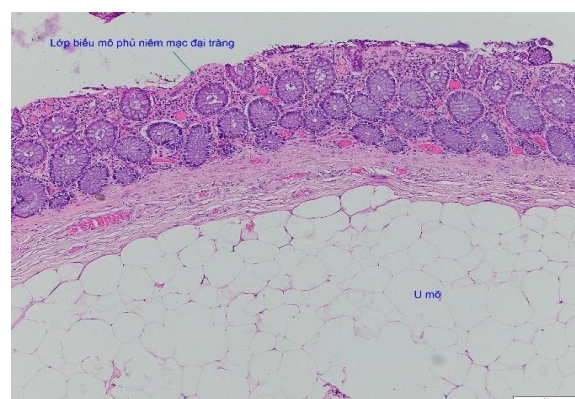
Hình 1. Hình ảnh khối u trên nội soi đại tràng



Hình 2. Hình ảnh khối u mỡ đại tràng xuống trên phim chụp cắt lớp vi tính



Hình 3. Hình ảnh u mỡ đại tràng được phẫu thuật



Hình 4. Hình ảnh mô bệnh học của bệnh nhân: U mỡ dưới niêm mạc

3. Bàn luận

U mỡ đại tràng là khối u lành tính hiếm gặp [3], tỷ lệ mắc mới u mỡ đại tràng chỉ từ 0,035% - 4,4% [1], [2]. Nguyên nhân của u mỡ đại tràng hiện nay vẫn chưa rõ ràng. Đã có giả thuyết cho rằng: Sự kích thích ruột mạn tính, phản ứng viêm và sự tích tụ mô mỡ có thể là nguyên nhân để hình thành dẫn đến u mỡ đại tràng [7]. Vị trí u mỡ đại tràng hay gặp nhất ở đại tràng phải [3], [4], [6], [7]. Ngoài ra, u mỡ đại tràng còn có thể gặp ở các vị trí khác của

đại tràng như; đại tràng Sigma 30,3%, đại tràng xuống 15,2%, đại tràng ngang 9,1% [4]. Hầu hết các trường hợp u mỡ đại tràng thường đơn độc nhưng cũng có thể gặp 10% - 20% có nhiều khối u [6]. Độ tuổi hay gặp nhất khoảng từ 50 - 70 tuổi, gặp ở nữ nhiều hơn nam [6]. Kích thước trung bình của khối u là 5,09cm (0,3cm - 10cm), chỉ 30% khối u đường kính khối u > 2cm [6].

U mỡ đại tràng thường nhỏ và không có triệu chứng vì vậy thường được phát hiện tình cờ qua nội soi đại trực tràng, chụp cắt lớp vi tính, phẫu thuật hoặc giải phẫu tử thi

[1], [4]. Triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào kích thước khối u; khối u nhỏ hơn 2cm thường ít gây triệu chứng lâm sàng [6], [8]. Với khối u > 2cm thường gây các triệu chứng bao gồm đau bụng, đại tiện ra máu, thay đổi thói quen đại tiện [1]. Chảy máu tiêu hóa gặp khoảng 30% đây là kết quả của viêm loét lớp niêm mạc bao bọc khối u [9]. Khoảng 35% - 65% u mỡ đại tràng gây ra tình trạng bán tắc ruột [9]. Những khối u lớn hơn 4cm có thể dẫn đến tắc ruột hoặc lồng ruột [4]. Biến chứng lồng ruột do u mỡ đại tràng rất hiếm gặp ở người lớn, nó chỉ chiếm tỷ lệ 1% - 5% các trường hợp tắc ruột [5]. Năm 2014, Daniele Crotcett và cộng sự tổng hợp qua 88 bài báo với 184 bệnh nhân chẩn đoán là u mỡ đại tràng; trong đó 127 bệnh nhân được chọn để đưa vào phân tích dưới nhóm thấy: Triệu chứng chủ yếu bao gồm đau bụng 51%; đại tiện ra máu 46%; thay đổi thói quen đại tiện 29%; lồng đại tràng 25%; sụt cân 5% và 1 trường hợp xoắn đại tràng Sigma [7].

Chẩn đoán chính xác trước mổ đối với u mỡ đại tràng hiện vẫn đang là một thách thức. Chẩn đoán trước mổ rất quan trọng đối với việc lập kế hoạch điều trị [7]. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 6% khối u mỡ đại tràng có triệu chứng [3]. Ngoài ra, triệu chứng lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu, khó phân biệt với các tổn thương ác tính. Hiện nay, có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh có thể sử dụng trong chẩn đoán u mỡ đại tràng nhưng rất khó để chẩn đoán phân biệt trước mổ giữa khối u ác tính và u mỡ lành tính của đại tràng [3]. Chụp khung đại tràng cản quang không có giá trị nhiều trong việc phân biệt với khối u ác tính của đại tràng [6], [7]. Nội soi đại tràng là phương pháp có giá trị trong phát hiện và chẩn đoán u mỡ đại tràng với biểu hiện khối u hình tròn hoặc oval; ranh giới rõ; màu sắc hơi vàng có cuống hoặc không có cuống [6]. Mặc dù lớp niêm mạc bao

phủ khối u còn nguyên vẹn, tuy nhiên cũng có trường hợp xuất hiện loét hoặc xuất huyết trên niêm mạc những trường hợp này nên nghĩ tới hình ảnh ác tính [6]. Bởi vì u mỡ đại tràng nằm ở lớp hạ niêm mạc nên có 3 dấu hiệu qua nội soi đại tràng có thể đóng góp vào chẩn đoán: Dấu hiệu "pillow sign": Khi ta dùng kẹp sinh thiết chạm vào khối u sẽ tạo thành vết lõm như ấn vào cái gối; dấu hiệu "tenting effect": Khi dùng kẹp kéo lớp niêm mạc trên bề mặt khối u sẽ tạo ra hình ảnh giống như cái lều; dấu hiệu "naked fat sign": Khi sinh thiết thấy chất mỡ màu vàng chảy ra tại vị trí sinh thiết [3], [4], [6]. Sinh thiết không được khuyến cáo trong trường hợp nghi ngờ u mỡ vì tổn thương nằm dưới lớp niêm mạc bình thường. Sinh thiết cũng không góp phần hỗ trợ chẩn đoán ngược lại làm tăng nguy cơ chảy máu và thủng đại tràng [10]. Siêu âm nội soi có thể được dùng để phân biệt u mỡ đại tràng với các tổn thương khác như u cơ; u schwannoma; ngoài ra siêu âm nội soi còn được dùng để xác định khối u đã xâm lấn ra lớp thanh mạc chưa trước khi cắt qua nội soi [6].

Chụp cắt lớp vi tính là lựa chọn có giá trị trong chẩn đoán u mỡ đại tràng. Đặc điểm của u mỡ đại tràng trên cắt lớp vi tính là khối hình cầu hoặc hình trứng với bờ sắc nét tỷ trọng từ 40 tới 120 Hounsfield [3], [6]. Tuy nhiên đối với trường hợp u mỡ đại tràng kích thước nhỏ thì giá trị chẩn đoán của cắt lớp vi tính thấp. Ngoài ra, chụp cộng hưởng từ cũng có thể phát hiện được u mỡ với cường độ tín hiệu đặc trưng của mô mỡ trên T1 [6].

Về điều trị, do u mỡ đại tràng là khối u lành tính thường phát triển từ lớp hạ niêm mạc (90%), cũng có thể xâm lấn ra lớp cơ (10%), những tổn thương xâm lấn vào tổ chức xung quanh là vô cùng hiếm [7]. Hầu hết các trường hợp u mỡ đại tràng là khối u đơn độc và sự tái phát u mỡ đại tràng sau

phẫu thuật đến nay vẫn chưa được ghi nhận [5], [6]. U mỡ đại tràng ung thư hóa chưa được báo cáo trong y văn [6]. Đối với khối u nhỏ, không có triệu chứng thì tiếp tục theo dõi thêm. Tuy nhiên, những khối u có triệu chứng hoặc không có triệu chứng nhưng kích thước > 2cm có thể cắt qua nội soi đại tràng hoặc phẫu thuật [6]. Cắt qua nội soi đại tràng thường được chỉ định cho khối u có đường kính nhỏ hơn 2cm hoặc có cuống [6], [10]. Đối với u mỡ đại tràng kích thước > 2cm cắt qua nội soi đại tràng thì nguy cơ thủng đại tràng và chảy máu cao [6] còn những khối u mỡ đại tràng kích thước > 4cm thì phẫu thuật là ưu tiên hàng đầu [6]. Ngoài ra phẫu thuật nên được chỉ định trong các trường hợp: Có triệu chứng lâm sàng đặc biệt là lồng ruột; tổn thương xâm lấn vào lớp cơ và lớp thanh mạc; không thể cắt triệt để được qua nội soi đại tràng [1]. Tuy u mỡ đại tràng là khối u lành tính nhưng cũng phải đảm bảo diện cắt âm tính, sinh thiết tức thì là rất quan trọng nó hỗ trợ cho chẩn đoán và lựa chọn phương pháp phẫu thuật [1]. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc vào kích thước khối u; vị trí khối u, có hoặc không có biến chứng. Cắt đại tràng hình chêm cùng với u mỡ hoặc cắt đoạn đại tràng được xem như là phương pháp điều trị đầy đủ với khối u mỡ đại tràng. Cắt đoạn đại tràng; cắt nửa đại tràng hoặc gần toàn bộ đại tràng là cần thiết trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán; đa u mỡ hoặc có biến chứng xảy ra [3]. Bệnh nhân thường có kết quả tốt sau điều trị, sự tái phát của u mỡ đại tràng đến nay vẫn chưa được ghi nhận [1], [6].

4. Kết luận

U mỡ đại tràng là bệnh lý lành tính hiếm gặp chẩn đoán sớm bằng nội soi đại tràng và chụp cắt lớp vi tính. Chỉ định phẫu thuật đối với khối u kích thước > 2cm và có chân rộng. Tiên lượng sau mổ thường tốt.

Tuy nhiên nếu không phát hiện sớm có thể có biến chứng như tắc ruột; lồng ruột; chảy máu tiêu hóa.

Tài liệu tham khảo

1. Jiang L et al (2007) *Giant submucosal lipoma located in the descending colon: A case report and review of the literature*. World J Gastroenterol 13(42): 5664-5567.
2. Ryan J, Martin, JE, and Pollock DJ (1989) *Fatty tumours of the large intestine: A clinicopathological review of 13 cases*. Br J Surg 76(8): 793-796.
3. Ghidirim G et al (2005) *Giant submucosal lipoma of the cecum: Report of a case and review of literature*. Rom J Gastroenterol 14(4): 393-396.
4. Gould DJ et al (2011) *A lipoma of the transverse colon causing intermittent obstruction: A rare cause for surgical intervention*. Gastroenterol Hepatol (N Y) 7(7): 487-490.
5. Ozen O, Guler Y, and Yuksel Y (2019) *Giant colonic lipoma causing intussusception: CT scan and clinical findings*. Pan Afr Med J 32: 27.
6. Farfour AN, AbuOmar NA, and Alsohaibani FI (2020) *Large lipoma of the ascending colon: A case report and review of literature*. J Surg Case Rep 2020(9): 354.
7. Crocetti D et al (2014) *Surgery for symptomatic colon lipoma: A systematic review of the literature*. Anticancer Res 34(11): 6271-6276.
8. Presti ME et al (2015) *Colonic lipoma with gastrointestinal bleeding and intussusception*. ACG Case Rep J 2(3): 135-136.
9. Nowak M, Kabza A, and Gluszek S (2007) *Intestinal obstruction due to a colonic lipoma*. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej 5: 11-17.
10. Sapalidis K et al (2019) *Symptomatic colonic lipomas: Report of two cases and*

