

# CÁC BỆNH LÝ CỦA GÂN VÀ BAO HOẠT DỊCH

*Ts.Bs. Lê Văn Thọ*

## A. CÁC BỆNH LÝ CỦA GÂN- BAO GÂN

### I. TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIÊM BAO GÂN

(Tendon Sheath Inflammation; Tenosynovitis)

#### I.1. Khái niệm:

Gân là một loại mô sợi kết nối cơ vào xương, giúp kiểm soát các hoạt động như chạy, nhảy, cầm nắm và nâng. Nếu không có gân, sẽ không thể kiểm soát chuyển động của cơ thể.

Một lớp vỏ bảo vệ được gọi là màng hoạt dịch bao phủ các gân, tạo ra chất lỏng hoạt dịch, giữ cho gân được bôi trơn.

Tổn thương gân có thể dẫn đến tổn thương của bao gân, từ đó bao gân có thể không tạo ra hoặc không tạo đủ chất lỏng hoạt dịch. Điều này dẫn đến gây viêm hoặc sưng bao gân. Tình trạng này được gọi là viêm bao gân.

#### I.2. Nguyên nhân gây ra bệnh viêm bao gân:

(1) Chấn thương gân- cơ- xương vùng tổn thương: thường xảy ra ở các vận động viên và ở những người thực hiện nhiều hoạt động lặp đi lặp lại, chẳng hạn như công việc dây chuyền lắp ráp, đánh máy, những người thợ mộc, nhạc công, nhân viên văn phòng....Nó phổ biến nhất ở gân cổ tay, bàn tay và bàn chân.

(2) Bệnh lý: viêm bao gân dễ xảy ra ở các bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính như: viêm khớp dạng thấp, xơ cứng bì, bệnh gout, bệnh tiểu đường, viêm khớp phản ứng (chẳng hạn như hội chứng Reiter), bệnh da liễu....

(3) Không xác định được nguyên nhân: có thể xảy ra ở một số bệnh nhân.

(4) Trong một số trường hợp hiếm hoi, viêm bao gân là do nhiễm trùng do vết cắt hoặc vết đâm vào gân.

#### I.3. Chẩn đoán viêm bao gân:

Viêm bao gân do chấn thương thường xảy ra ở các vị trí như bàn tay, cổ tay, bàn chân. Ngoài ra, viêm bao gân vẫn có thể xảy ra ở các vị trí khác như vai, cổ tay, vùng gối....

Các triệu chứng khác cũng thường gặp như: cứng khớp, hạn chế vận động khớp, sưng đau khớp, hoặc có thể sưng đỏ kèm sốt nếu như có kèm theo tình trạng nhiễm trùng.

Một số cận lâm sàng có thể sử dụng như: siêu âm, MRI để xác định chẩn đoán hoặc để loại trừ các nguyên nhân khác như viêm khớp ...

#### I.4. Điều trị bệnh viêm bao gân:

Mục tiêu điều trị viêm bao gân là giảm viêm và đau.

(1) Sử dụng nẹp bất động vùng bị tổn thương, để chi được nghỉ ngơi và tạm ngừng các động tác gây đau.

(2) Chườm nóng hoặc lạnh cũng có thể giúp giảm sưng và đau. Các liệu pháp khác mà bác sĩ có thể đề nghị là:

- Mát xa
- kéo giãn gân bị tổn thương.
- kích thích điện thần kinh qua da (TENS)
- siêu âm

(3) Các thuốc chống viêm không steroid (NSAID); hoặc corticosteroid dạng tiêm là những lựa chọn khác.

- (4) Việc tiêm steroid vào bao gân thường thành công (trong trường hợp không bị nhiễm trùng).
- (5) Trong một số trường hợp có thể cần phải phẫu thuật để giải phóng bao gân.
- (6) Nếu có kèm theo nhiễm trùng, cần sử dụng kháng sinh.
- (7) Nếu tình trạng viêm bao gân do các bệnh lý mạn tính như viêm khớp dạng thấp, bệnh gút v.v..., điều trị cũng bao gồm thuốc để điều trị những bệnh lý này.

#### VẬT LÝ TRỊ LIỆU:

Khi tổn thương bao gân đã lành, cần phải tập vật lý trị liệu để giúp tăng cường sức cơ, giúp bảo vệ gân khỏi chấn thương trong tương lai.

Trong những trường hợp viêm bao gân tái phát, có thể đề nghị phẫu thuật để điều trị.

Phòng ngừa viêm bao gân: Viêm bao gân có thể ngăn ngừa được nếu bạn tránh các cử động quá mức hoặc các hoạt động có tính chất lặp đi lặp lại. Cần tập VLTL tăng cường sức cơ ở vùng khớp cũng có thể giúp ngăn ngừa loại chấn thương này, cũng như các bài tập kéo giãn và phạm vi chuyển động.

## II. TỔNG QUAN VỀ VIÊM GÂN CỔ TAY (Tendonitis of wrist)

Khi bị một chấn thương đột ngột có thể gây ra bong gân, hoặc các hoạt động lặp đi lặp lại khiến gân cọ xát với xương, có thể dẫn đến viêm nơi bám của gân.

Viêm gân cổ tay không nhất thiết chỉ giới hạn ở một gân hoặc một phần của cổ tay. Có một số gân bao quanh khớp cổ tay có thể bị tổn thương và bị viêm. Những gân này chịu trách nhiệm về các vận động phức tạp và tinh tế ở cổ tay, bàn tay và các ngón tay.

### II.1. Các triệu chứng viêm gân cổ tay

Đau và hạn chế vận động cổ, bàn tay, ngón tay, nhất là vào buổi sáng, kèm sưng nhẹ. Ấn vào gân bị viêm sẽ gây đau, và có thể nghe tiếng “lục cục” khi vận động.

Các cơn đau của viêm gân cổ tay không phải là đặc biệt nghiêm trọng. Nó thường được mô tả là một cơn đau âm ỉ, thụ động hơn là một cơn đau dữ dội. Viêm gân cổ tay có thể làm hạn chế vận động của bàn tay và gây hạn chế các hoạt động thường ngày.

### II.2. Nguyên nhân gây viêm gân cổ tay, bàn tay:

Khi các gân của cổ tay, bàn tay hoạt động bình thường, chúng trượt trong một lớp bao gân có chất lỏng hoạt dịch để tạo ra chuyển động không ma sát. Tổn thương hoặc viêm của gân có thể khiến bao gân dày lên, gân phi đại hình thành cục xơ gân và hạn chế khả năng vận động.

Nguyên nhân phổ biến nhất của chứng viêm này thường là những chuyển động mặc dù đơn giản, nhưng lặp đi lặp lại gây cọ sát lên gân theo thời gian.

Cần chẩn đoán phân biệt viêm gân cổ tay với viêm khớp cổ tay và hội chứng ống cổ tay.

### II.3. Điều trị viêm gân cổ tay

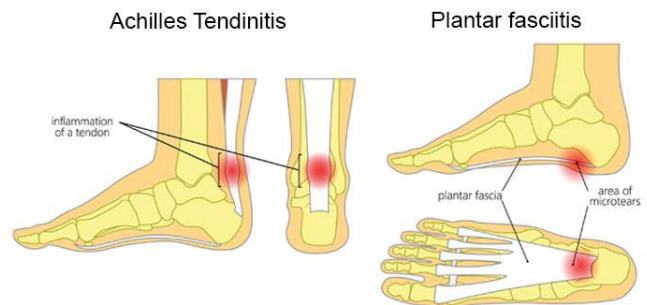
1. Nẹp bất động vùng gân bị viêm.
2. Tập kéo giãn gân để cải thiện tính linh hoạt
3. Liệu pháp nóng và lạnh để giảm sưng
4. Thuốc acetaminophen và thuốc chống viêm không steroid (NSAID)
5. Tiêm corticosteroid để kiểm soát tình trạng viêm
6. Liệu pháp tập vật lý trị liệu.
7. Trong những trường hợp nghiêm trọng hơn, phẫu thuật có thể giúp giải quyết được tình trạng viêm gân, nhưng giải pháp này hiếm khi cần thiết.

*Điều cần nhớ là nếu BN có thể giảm bớt hoặc cải thiện các hoạt động có tính chất lặp đi lặp lại đối với bàn tay, ngón tay và cổ tay mỗi ngày, điều này sẽ giúp giảm bớt stress cho gân và giúp chúng không bị viêm.*

## MỘT SỐ CÁC BỆNH LÝ VIÊM GÂN- VIÊM BAO GÂN THƯỜNG GẶP

(học viên tự tìm đọc thêm)

1. Viêm gân De Quervain (De Quervain's tenosynovitis).
2. Ngón tay bật (A1 pulley)
3. Viêm gân cơ chóp xoay, viêm gân nhị đầu
4. Viêm gân cơ tứ đầu đùi, viêm gân bánh chè, viêm gân cơ chân ngỗng
5. Viêm nơi bám gân duỗi cổ tay trụ, viêm nơi bám gân lõi cầu ngoài/ trong (tenis elbow, goft's elbow); viêm nơi bám gân Achilles, viêm cân gan chân.



## B. CÁC BỆNH LÝ CỦA BAO HOẠT DỊCH

### I. TỔNG QUAN VỀ VIÊM TÚI HOẠT DỊCH (Bursitis)

#### I.1. Khái niệm:

Viêm túi hoạt dịch là bệnh lý do viêm của túi hoạt dịch. Túi hoạt dịch là một túi nhỏ chứa chất lỏng hoạt dịch, có vai trò như một tấm đệm giữa xương và mô mềm (cơ, gân và da), làm giảm ma sát và hỗ trợ vận động của khớp.

Khi BN sử dụng quá mức hoặc do chấn thương, túi hoạt dịch có thể bị kích thích gây viêm, chứa đầy chất hoạt dịch viêm dư thừa, gây đau đáng kể và hạn chế cử động.

#### I.2. Triệu chứng lâm sàng:

Đau, sưng cục bộ vùng viêm, sờ ấm kèm đỏ da bề mặt. Đau nhiều vào ban đêm và đau tăng khi vận động.

Vai, khuỷu tay, hông, gối và gót chân là những vị trí phổ biến nhất của viêm túi hoạt dịch.

### **I.3. Nguyên nhân:**

Chấn thương, áp lực lặp đi lặp lại và sử dụng quá mức là những nguyên nhân phổ biến của viêm túi hoạt dịch. Ví dụ về các hoạt động liên quan đến công việc có thể gây viêm túi hoạt dịch như đóng gói dây chuyền sản xuất, đánh máy, hoặc các môn thể thao như chạy bộ, tennis....

Một số bệnh lý đi kèm như viêm khớp dạng thấp, bệnh gút và bệnh tiểu đường, cũng có thể góp phần vào tiến triển của nó. Thừa cân có thể làm tăng nguy cơ phát triển viêm túi hoạt dịch khớp háng và khớp gối.

Viêm túi hoạt dịch cũng có thể do nhiễm trùng.

### **I.4. Chẩn đoán:**

Khối sưng đỏ mềm hoặc căng chứa dịch, sờ ấm ở tại vị trí túi hoạt dịch. Chẩn đoán xác định cần phải được thăm khám kỹ lưỡng để loại trừ các nguyên nhân khác.

Các xét nghiệm được thực hiện để xác nhận hoặc loại trừ viêm túi hoạt dịch, bao gồm: X-quang, siêu âm, chọc hút dịch ....

### **I.5. Điều trị:**

Việc điều trị sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra viêm túi hoạt dịch và nhằm mục đích làm giảm các triệu chứng càng nhiều càng tốt trong quá trình điều trị.

Các lựa chọn điều trị có thể bao gồm thuốc giảm đau, chườm lạnh, các bài tập vận động nhẹ nhàng và nghỉ ngơi. Thuốc chống viêm hoặc tiêm corticosteroid có thể được sử dụng trong trường hợp đau nhiều.

Nếu bị nhiễm trùng, điều trị bằng kháng sinh thích hợp là cần thiết.

Phẫu thuật có thể được sử dụng để cắt túi hoạt mạc viêm, trong trường hợp điều trị bảo tồn thất bại.

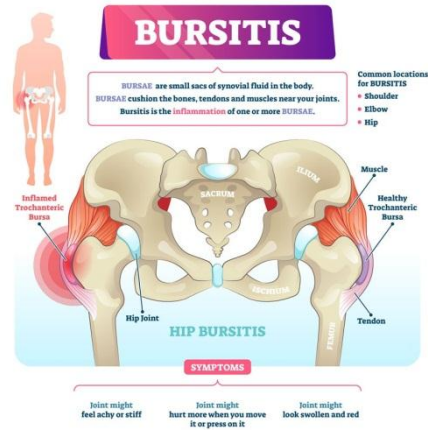
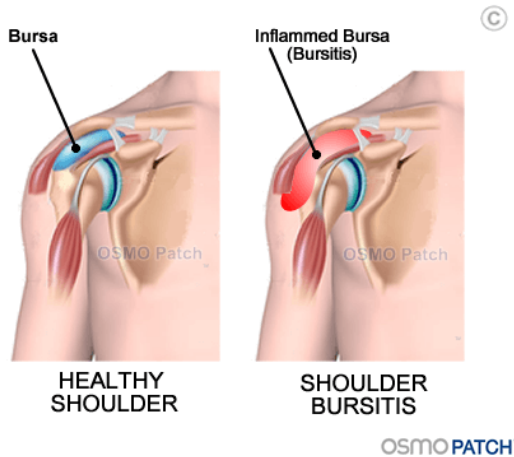
Nếu viêm túi hoạt dịch được kích hoạt bởi một hoạt động quá mức cụ thể nào đó, điều quan trọng là phải tránh hoạt động hoặc sửa đổi cách người bệnh thực hiện hoạt động đó. Bác sĩ chuyên khoa bệnh nghề nghiệp có thể giúp tìm ra giải pháp cho vấn đề này.

#### **❖ Điều trị, theo dõi lâu dài:**

Bác sĩ các chuyên khoa CTCH, vật lý trị liệu và chuyên khoa bệnh nghề nghiệp có thể đưa ra các đề xuất và chiến lược để giảm nguy cơ tái phát viêm túi hoạt dịch, đặc biệt là các công việc hàng ngày phù hợp, tập vật lý trị liệu thường xuyên, luyện tập thể thao đúng cách.

### **CÁC BỆNH LÝ VIÊM TÚI HOẠT DỊCH THƯỜNG GẶP (học viên tự tìm đọc thêm)**

1. Viêm túi hoạt dịch dưới cơ dưới vai, dưới móm cùi
2. Viêm túi hoạt dịch vùng khuỷu
3. Viêm túi hoạt dịch vùng máu chuyển lớn
4. Viêm túi hoạt dịch vùng ụ ngò
5. Viêm túi hoạt dịch vùng gối
6. Viêm túi hoạt dịch vùng gân gót



## II. BỌC HOẠT DỊCH VÀ BỌC MÀNG HOẠT DỊCH: bản chất và cách xử trí

(Bọc hoạt dịch: ganglion, ganglion cyst; Bọc màng hoạt dịch: synovial cyst)

**Đại cương:** “Bọc hoạt dịch” là tổn thương thường gặp trong thực tế lâm sàng, chứa dịch nhầy như dầu máy dùng để bôi trơn. Bệnh là một tổn thương giả bướu, là một bọc chứa dịch nhầy mucopolysaccharide, **không có sự tăng sinh của tế bào**.

Bệnh có 2 dạng tổn thương khác nhau: bọc hoạt dịch và bọc màng/túi hoạt dịch.

### II.1. BỌC HOẠT DỊCH:

#### II.1.1. Lâm sàng:

Tổn thương thường gặp nhất ở lưng cổ tay, ở sát phía ngoài các gân duỗi chung ngón tay. Vị trí hay gặp thứ nhì là ở mặt lòng cổ tay nằm giữa các gân cơ gấp cổ tay quay và dang ngón tay cái dài (lưu ý cần bảo vệ động mạch quay khi cắt bọc). Bọc có thể thấy ở lòng ngón tay, bàn tay và mặt lưng bàn chân. 50-70% trường hợp xảy ra ở cổ và bàn tay. Đôi khi, bọc hoạt dịch còn được tìm thấy trong mô dưới da đầu ngón tay và ở vùng gôi. Tổn thương “dạng bọc hoạt dịch” có thể thấy trong xương, mô thần kinh.

Bọc hoạt dịch thường xảy ra chủ yếu ở người trẻ tuổi, nhất là phụ nữ, từ 25-45 tuổi. Phân nửa trường hợp có kèm đau, nhức nhẹ và ảnh hưởng đến chức năng. Tiền sử chấn thương gặp trong 50% trường hợp.

#### II.1.2. Đặc điểm bệnh học:

Tổn thương thường dính vào màng bao khớp, màng gân, đôi khi nằm trong gân cơ, cơ trên sụn bán nguyệt. Tổn thương không thông với ổ khớp mà nếu có thì thường do phẫu thuật viên có ý định cắt hết tổn thương nên lộ khớp.

Đây là loại tổn thương được tạo nên bởi mô nhầy hay gặp nhất. Chất nhầy được tạo ra nhiều do các nguyên bào sợi và tập hợp lại, hình thành bọc có 1 hoặc nhiều ngăn. Vách bọc không được lót bởi màng khớp, mà bằng mô sợi. Như vậy, bọc hoạt dịch được hình thành là do sự thoái hóa nhầy của mô liên kết.

Bọc hoạt dịch khác biệt với bườu nhầy, là tổn thương có tế bào nhầy tăng sinh và xâm nhập, rất hiếm tạo bọc.

Bọc hoạt dịch thường có kích thước 1,5-2,5cm đường kính. Bọc chứa dịch nhầy trong.

### II.1.3. Hình ảnh y học:

Tổn thương dạng bọc có vách và chứa dịch được phát hiện dễ dàng qua siêu âm, CT hoặc MRI. Những tổn thương này có thể có hình ảnh giống nhau trên CT và MRI không có chất cản quang. CT cho thấy hình ảnh ít cản quang, MRI cho thấy tổn thương có tín hiệu thấp trên T1 và rất cao trên T2. Siêu âm cho thấy có khối mất âm với tăng âm phía sau, điển hình cho khối chứa đầy dịch.

Hình ảnh y học khó phân biệt với các tổn thương dạng bọc khác. Vị trí là đặc tính quan trọng giúp nghĩ đến bọc hoạt dịch.

### II.1.4. Xử trí:

Không cần thiết sinh thiết để xác định chẩn đoán.

Hầu hết có thể điều trị bằng phương pháp không phẫu thuật hoặc cắt bỏ tổn thương. Đôi khi bọc có thể tự biến mất, đôi khi tái phát sau bóp bẻ hoặc chọc hút dịch. Điều trị được ưa chuộng là cắt trọn tổn thương với viên mô màng khớp hoặc màng gân ở dưới đáy, tỷ lệ tái phát thấp. Bọc hoạt dịch ở màng gân gập ngón tay được điều trị bằng cách chọc bẻ một cách tỉ mỉ. Theo Nelson & cs, tỷ lệ trị khỏi là 94% sau mổ với gây mê hoặc tê từng nách, 84% với gây tê tại chỗ có ga-rô và 65% bằng bóp bẻ hay chích bẻ bọc sau chích cortisone.

## II.2. BỌC MÀNG HOẠT DỊCH:

Bọc màng hoạt dịch hầu hết gặp ở khoeo chân, còn được gọi là Bọc Baker từ khi ông mô tả bệnh vào năm 1887, mặc dù trước đó Adams đã mô tả tổn thương này vào năm 1840.

### II.2.1. Lâm sàng:

Tổn thương ở khoeo chân, có giới hạn rõ, sờ có cảm giác căng chứa dịch, lộ rõ khi duỗi gối và “chui” vào khớp khi gập gối. Đây là đặc điểm quan trọng để chẩn đoán phân biệt với các khối u phần mềm khác.

Bọc có thể gây cảm giác căng, tức, khó chịu hoặc mỏi

Bọc màng hoạt dịch có thể rất lớn lan xuống bắp chân gây căng tức, đau nhứt và có thể nhầm với viêm kèm huyết khối tĩnh mạch.

Ngoài ra còn có triệu chứng của các bệnh lý khớp đi kèm.

### II.2.2. Hình ảnh y học:

Hình ảnh giống như của bọc hoạt dịch đã mô tả ở trên.

Tuy nhiên thấy được hình ảnh bọc màng hoạt dịch thông nối với ổ khớp.

### II.2.3. Đặc điểm bệnh học:

Hầu hết bọc Baker là do túi hoạt dịch giãn rộng nên có thể gọi là bọc túi hoạt dịch. Rất nhiều túi hoạt dịch hiện diện ở vùng khoeo nằm giữa các gân chân gối và các dây chằng bên hay mâm chày. Túi hoạt dịch còn hiện diện rất sâu ở mỗi đầu của cơ sinh đôi (gastrocnemius). Triệu chứng thường xảy ra nhất ở túi hoạt dịch nằm bên dưới đầu trong cơ sinh đôi hoặc ở túi hoạt dịch cơ bán màng. Túi hoạt dịch cơ bán màng là một túi đôi nằm giữa gân cơ bán màng và mâm chày trong và giữa gân cơ bán màng và đầu trong cơ sinh đôi.

Theo Meyerdin & Van Demark, bọc Baker có thể do: (1) thoát vị của màng khớp qua phần sau bao khớp gối hoặc (2) dịch từ khớp gối thoát qua đường thông nối bình thường vào túi hoạt dịch. Burlinson, Bickel & Dahlin ghi nhận trong 83 trường hợp bọc Baker có 46 xuất phát từ túi hoạt dịch, 26 do thoát vị qua phần sau bao khớp và 11 từ vị trí không xác định được. Có sự thông thương rõ rệt giữa bọc màng hoạt dịch và khớp gối trong 54 trường hợp.

Bọc màng hoạt dịch lót bởi màng trung biểu mô (màng khớp, màng túi hoạt dịch) trụ cao hoặc dẹt tùy theo tế bào có hoạt động hay không.

#### II.2.4. Xử trí:

❖ bao gồm điều trị: (1) các bệnh lý trong khớp và (2) bọc màng hoạt dịch.

@ xác định chẩn đoán các bệnh lý trong khớp (thấp khớp, lao khớp, bệnh nhuyễn sụn khớp chèn-đùi, rách sừng sau sụn chêm trong...) bằng lâm sàng, hình ảnh y học, xét nghiệm máu và dịch chọc hút. Các bệnh lý này được điều trị chuyên biệt bằng nội khoa hoặc/ và phẫu thuật (mở, nội soi).

@ điều trị bọc màng hoạt dịch bằng phương pháp không phẫu thuật (chọc hút dịch và tiêm corticoid sau khi đã loại trừ các bệnh nhiễm trùng) hoặc cắt bỏ tổn thương. Tỷ lệ tái phát thay đổi tùy trường hợp.

❖ Tùy thuộc tổn thương xảy ra ở trẻ em (33-50% các trường hợp) hay ở người lớn:

@ Touloukian & Malloch nhấn mạnh sự khác biệt giữa bọc màng hoạt dịch khoeo chân ở trẻ em và ở người trưởng thành. Ở trẻ em, hiếm khi có sự thông thương giữa bọc với ổ khớp cũng như hiếm có các tổn thương bệnh lý trong khớp. Điều trị cắt bỏ bọc mang lại kết quả rất tốt, hầu như không tái phát. Ở người trưởng thành, 50% bọc màng hoạt dịch liên quan đến bệnh lý trong khớp nên nếu không giải quyết tốt các bệnh lý này thì bọc có thể tái phát.

@ Gristina & Wilson nhận xét thấy bọc màng hoạt dịch hiếm gặp sau 7 tuổi và tổn thương ở trẻ em có thể từ từ tự biến mất nên không cần phải phẫu thuật cắt bỏ.

❖ Trong bệnh viêm khớp dạng thấp, có thể thấy các bọc màng hoạt dịch khoeo chân rất lớn, lan xuống bắp chân (Perri, Rodnan & Mankin). Bọc khởi phát từ màng khớp và thông với ổ khớp gối, có thể thấy rõ qua chụp ổ khớp. Sau khi cắt bỏ bọc, cần cắt bỏ màng khớp để tránh bọc tái phát.

❖ Sau khi cắt bọc màng hoạt dịch, cần cắt bỏ hết túi hoạt dịch, lỗ thông với ổ khớp được đóng lại bằng cách làm xơ hóa, khâu bằng chỉ, khâu che kín bằng gân cơ (sinh đôi/bán màng...) hoặc để trống (Burlison, Bickel, Dahlin, Phillips). Sau mổ, khớp gối được bất động bằng nẹp, băng thun và cho phép đi chịu sức nặng. Ngay ngày đầu tiên sau mổ, cho bệnh nhân tập đưa thẳng cẳng chân lên cao và tập cơ tứ đầu đùi. Khi hết viêm cấp, tháo bỏ dụng cụ bất động khớp gối và cho tập gập duỗi gối chủ động.



Fig.: Ganglion



Fig.: Bakers cyst

### III. BƯỚU ĐẠI BÀO MÀNG GÂN

(Giant cell tumor of tendon sheath= Tenosynovial giant cell tumor)

#### III.1. Khái niệm:

Bướu đại bào màng gân (BĐBMG) là một tổn thương phản ứng lành tính tương tự như PVNS. BĐBMG có thể xuất phát từ bao gân (tendon sheath) hoặc có thể từ màng hoạt dịch



(synovium). Thường gặp nhất ở bệnh nhân từ 30- 50 tuổi và đây là loại u lành tính phổ biến thứ hai sau bọc hoạt dịch ở bàn tay.

BĐBMG biểu hiện sự tăng sinh khu trú hoặc lan tỏa của các tế bào giống hoạt mạc, đại bào, tế bào viêm và tế bào xanthoma dọc theo bao gân. Bướu tiến triển chậm, không di căn nhưng tái phát tại chỗ sau khi cắt bỏ thay đổi từ 4% đến 44%.

### III.2. Lâm sàng:

Khối tổn thương tiến triển chậm ở bàn tay, thường không triệu chứng, hay xảy ra trong phần mềm bao quanh gân. Một số trường hợp có thể gây đau và hạn chế vận động khớp.

Tần xuất: khá thường gặp, nữ nhiều hơn nam, tuổi từ 30- 50.

Vị trí: thường gặp ở bàn tay và cổ tay, các khớp liên đốt ngón tay (65-89%), bàn chân và mắt cá chân (5-15%)

### III.3. Hình ảnh y học:

❖ Xquang: Có bóng mờ trong phần mềm vùng bướu. Bướu phát triển có thể gây khuyết xương, ăn mòn xương vùng liên quan. Có thể có nốt ngầm calci trong vùng bướu.

❖ MRI: Mô bướu có tín hiệu tương đồng với mô cơ trên T1, tín hiệu thấp đến trung bình trên T2, có hình ảnh lắng đọng các tinh thể hemosiderin và có thể bắt thuốc mạnh sau khi tiêm thuốc cản quang

### III.4. Chẩn đoán phân biệt:

1. Sarcoma tế bào sáng (Clear cell sarcoma)
2. Bướu sợi của bao gân (Fibroma of tendon sheath)
3. Bướu sợi bì (Dermatofibroma)
4. Sarcoma biểu mô (Epithelial sarcoma)



Fig.: Plain X ray of a hand with a giant cell tumor of tendon sheath demonstrates a soft tissue mass with no calcifications or bone infiltration. No pressure erosions of the cortical bone are seen in this patient.

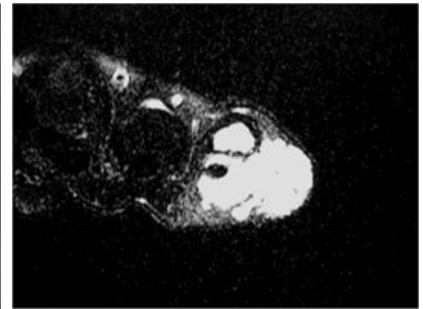
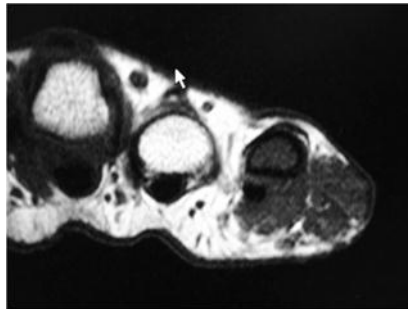


Fig.: MR images of the hand with a giant cell tumor of tendon sheath shows a mass isointense to muscle on T1W and intermediate to high signal on T2W images. The lesion does not infiltrate the bone.

### III.5. Điều trị phẫu thuật:

Phẫu thuật cắt trọn bướu là cần thiết.

Trong trường hợp bướu tái phát: có thể phẫu thuật cắt bướu tái phát.





Fig.: Preoperative photo of the hand shows a large mass adjacent to the the 5th metacarpophalangeal joint area.



Fig.: Postoperative photo of the hand shows a sutured surgical incision in the hand after an extensive resection of a Giant cell tumor of the tendon sheath.

### III.6. Giải phẫu bệnh học:

- ❖ Đại thể: bướu có kích thước thường dưới 4 cm, nhiều thùy, màu trắng xám hoặc màu vàng nâu do có tế bào xanthoma và các tinh thể hemosiderin.
- ❖ Vi thể: tế bào đơn nhân có hạt nhân nhỏ, tròn hoặc thuôn dài, ít phân bào, các đại bào đa nhân và tế bào Xanthoma, rất hiếm khi thấy hoại tử.



Fig.: Gross Pathology shows a lobulated and well circumscribed mass that is smaller than 5 cms.

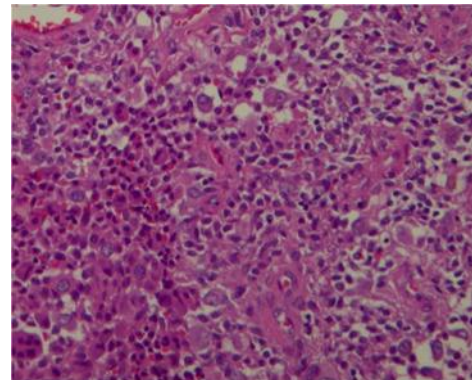


Fig.: Microscopic pathology. Abundant small hystiocyte-like cells, numerous giant cells and xanthoma cells. In higher magnification images some foamy histiocytes are visible. No mitotic activity is present. Hemosidering deposition is common.

### III.7. Tiên lượng

Bướu lành tính, rất hiếm khi chuyển hóa ác tính. Bướu có thể ăn mòn gây khuyết xương, hoặc tiến triển ra sát da.

Tỉ lệ tái phát thay đổi từ 4% đến 44%, thường gặp ở các trường hợp tổn thương lan tỏa hoặc ở vị trí đầu ngón, hoặc các tổn thương bao bọc cả gân gấp và gân duỗi hoặc chui vào khớp....., tuy nhiên không bao giờ di căn.

## IV. VIÊM HOẠT MẠC MAO TRẠNG DẠNG NỐT NHIỄM SẮC TỐ

*Đồng nghĩa: Viêm màng hoạt dịch nhung mao sắc tố= Pigmented villonodular synovitis (PVNS)*

### IV.1. Tổng quan:

PVNS là hiện tượng tăng sinh mô bào sợi, phá hủy với sự sản sinh ra các nốt lồi dạng nhung mao của màng hoạt dịch khớp và ngoài khớp.

Về mặt vi thể, tổn thương bao gồm các nguyên bào sợi, mô bào và thâm nhiễm tế bào viêm và có lắng đọng các tinh thể hemosiderin, là nguyên nhân tạo nên màu nâu của nó.

Tổn thương PVNS có thể liên quan đến các khớp, túi hoạt dịch, bao gân, mô cân và dây chằng lân cận.

Năm 1941, Jaffe và cs đã phân chia PVNS thành nhiều dạng tùy theo vị trí và mức độ của tổn thương, cụ thể là (1) trong khớp hay ngoài khớp; và (2) lan tỏa hay khu trú hoặc dạng nốt. Theo đó, tác giả đã phân loại tổn thương thành các dạng cơ bản như sau:

Intraarticular	Diffuse	Diffuse involvement of joint synovium
	Localized	Localized (polypoid or nodular) joint synovial lesion
Extraarticular	Diffuse	Diffuse multifocal involvement of extraarticular synovial membrane (tendons)
	Nodular	Localized extraarticular nodular lesion, also referred to as giant cell tumor of the tendon sheath

Thực tế lâm sàng, thường có sự tồn tại của cả 2 dạng nốt và lan tỏa trong cùng một tổn thương PVNS.

Trước đây, người ta cho rằng PVNS biểu hiện một tình trạng viêm phản ứng. Tuy nhiên, trong một số rất ít trường hợp, tiến triển của PVNS có đặc tính tấn công, gây hủy xương và dễ tái phát, làm tăng nghi ngờ về khả năng chuyển hóa ác tính có độ ác thấp, có tính tấn công tại chỗ.

#### IV.2. Tàn xuất- vị trí:

Bệnh khá hiếm gặp, chiếm 5% tổn thương bướu phần mềm nguyên phát.

Tuổi thường gặp: 25- 45.

Thể trong khớp: 2 thể lan tỏa và khu trú thường gặp ở khớp lớn, chịu lực: gối 80%, háng 15%, hiếm gặp vị trí khác.

Thể ngoài khớp: thường gặp ở vùng cổ bàn ngón tay, mô mềm xương cùng

#### IV.3. Triệu chứng lâm sàng

Đau, sưng khớp và hạn chế cử động.

Tràn dịch khớp: thường xuyên, dịch chọc hút thường có màu nâu đỏ, giống xuất huyết.

BN thường có tiền sử tương đối lâu với các triệu chứng kéo dài từ 2 đến 3 năm.

Các triệu chứng có thể không liên tục hoặc tiến triển đều đặn

#### IV.4. Hình ảnh y học:

❖ X quang: Thể ngoài khớp thường thấy khối bóng mờ trong phần mềm gần khớp, giới hạn không rõ, đôi khi có biểu hiện mòn xương hoặc khuyết xương do tổn thương chèn ép lâu ngày, nhất là các tổn thương ở bàn ngón tay. Trong khi đó, thể trong khớp thường đi kèm với bệnh thoái hóa khớp và có nhiều bọc xương dưới sụn khớp, ở cả 2 mặt khớp và thường thấy rõ nhất ở khớp gối.

❖ CT Scan và MRI: cho thấy mức độ của tổn thương, và đặc biệt hữu ích trong việc đánh giá các tổn thương khu trú trong các khớp lớn như khớp gối, háng. MRI cho thấy khối không đồng nhất có tín hiệu thấp trên T1, khoảng trống tín hiệu liên quan đến sự lắng đọng hemosiderin. Ngoài ra, khuyết xương hay ăn mòn xương do tổn thương chèn ép hay gặp.



Fig.: Pigmented villonodular tenosynovitis presents as an ill-defined, periarticular soft tissue mass



Fig.: Pigmented villonodular synovitis: diffuse PVNS. Note nodular thickening of synovium with areas of signal void at sites of hemosiderin deposition and erosion in anterior part of tibial plateau.

#### IV.5. Đại thể

- Chẩn đoán: kết hợp LS- đại thể- vi thể
- Đánh giá đại thể khối tổn thương trong khi mổ là rất quan trọng
- Đối với thể trong khớp dạng lan tỏa: hầu hết hoạt mạc bị tổn thương, các nốt nhú màu nâu vàng, lớn nhỏ không đều, bao khớp dày. Tổn thương có giới hạn không rõ với mô mềm quanh khớp và xương- sụn kế cận. Sụn khớp và xương dưới sụn thường bị bào mòn.
- Đối với thể trong khớp dạng khu trú: một nốt rời rạc hoặc nhiều nốt có cuống nhô vào trong khớp.
- Đối với thể ngoài khớp: đại thể cũng tương tự thể trong khớp được trình bày ở trên.

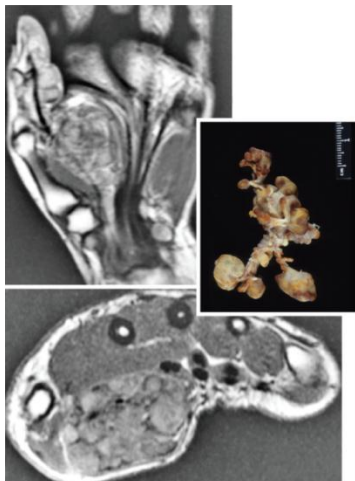


Fig.: Diffuse pigmented villonodular synovitis of tendon sheaths of wrist and hand.

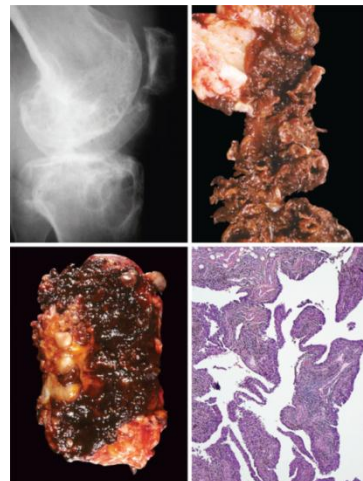


Fig.: Pigmented villonodular synovitis of diffuse involvement with bone erosion

#### IV.6. Chẩn đoán phân biệt:

PVNS cần phải chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý viêm phản ứng khác liên quan đến biểu hiện chuyển hóa dạng nốt và nhú của màng hoạt dịch, chẳng hạn như:

- (1) viêm khớp dạng thấp;

- (2) thoái hóa khớp;
- (3) viêm màng hoạt dịch phản ứng sau chấn thương...

#### **IV.7. Điều trị:**

Đặc điểm của PVNS là xâm lấn tại chỗ, tái phát nhiều lần, bào mòn xương và sụn khớp, làm suy giảm chức năng của khớp. Do vậy, cần phải phẫu thuật triệt để, cắt bỏ bao hoạt dịch bị tổn thương.

Một số trường hợp nặng: có thể xạ trị liều thấp, giúp kiểm soát bệnh và ngăn ngừa tái phát.

Chuyển hóa ác tính: rất hiếm gặp, nếu có thường là bướu đại bào ác tính của màng hoạt dịch (malignant giant cell tumor of synovium)

### **V. CHUYỂN SẢN SỤN CỦA MÀNG KHỚP**

(Synovial chondrometaplasia; Synovial chondromatosis)

#### **V.1. Khái niệm:**

Chuyển sản sụn của màng khớp là tình trạng chuyển sản liên quan đến màng hoạt dịch của khớp hoặc bao gân, trong đó có nhiều nốt sụn được tạo ra. Nhiều nốt sụn sau đó tách ra khỏi màng hoạt dịch và rơi vào trong khớp. Quá trình này thường lan rộng ở màng hoạt dịch, có xu hướng tái phát cao và có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của khớp.

Cơ chế bệnh sinh chính xác của bệnh chuyển sản sụn màng khớp vẫn chưa rõ, nhưng có liên quan đến các tế bào gốc tạo sụn (chondroprogenitor cells) với sự rối loạn điều hòa đường truyền tín hiệu và sự biểu hiện quá mức của các BMP2 và 4 đã được công nhận. Biểu hiện quá mức của FGFR3 (có vai trò điều hòa hoạt động của tế bào gốc tạo sụn) và FGF9 đã được xác định trong các tế bào tăng sinh ở ngoại vi của các nốt sụn.

#### **V.2. Tàn xuất và vị trí:**

Bệnh tương đối ít gặp, dữ liệu về tỷ lệ mắc bệnh thực sự của nó không có sẵn.

Tuổi mắc bệnh thường gặp từ 40- 60 tuổi. Nam thường gặp hơn nữ, với tỉ lệ 2: 1.

Bệnh thường liên quan đến các khớp chịu trọng lượng lớn, nhiều nhất là khớp gối (70%), kế đến là khớp háng, khớp khuỷu, khớp vai, cổ chân.... Khoảng 10% trường hợp, bệnh xuất hiện ở 2 bên.

#### **V.3. Triệu chứng lâm sàng**

Đau, sưng và giới hạn vận động khớp là các triệu chứng thường gặp. Bệnh nhân thường có triệu chứng kéo dài từ vài tháng đến nhiều năm (trung bình 2- 5 năm).

#### **V.4. Hình ảnh y học:**

❖ **X quang:** Nếu quá trình khoáng hóa của chất nền sụn đầy đủ, hình ảnh trên phim X quang rất đặc trưng gồm nhiều “loose bodies” và chẩn đoán dễ dàng trước phẫu thuật. Tuy nhiên, khoảng 10% các trường hợp không có sự vôi hóa nào được ghi nhận. Trong những trường hợp điển hình liên quan đến một khớp lớn, bệnh được biểu hiện dưới dạng các nốt sụn trong khớp hoặc quanh khớp với các nốt vôi hóa hình vòng hoặc hình nhẫn. Mức độ khoáng hóa tăng dần nếu các tổn thương không được điều trị. Tổn thương cũ bị vôi hóa nhiều và dễ nhận biết trên X quang. Hình ảnh bào mòn xương có thể xuất hiện và không phải là dấu hiệu của đặc tính “tấn công” của bệnh.

❖ CT scan và MRI: rất hữu ích trong việc xác định tổn thương trong giai đoạn đầu khi tổn thương chưa đủ ngấm khoáng để thấy được trên X quang. Trong các giai đoạn sau, CT và MRI giúp đánh giá mức độ của tổn thương ở trong khớp cũng như các cấu trúc lân cận của nó.



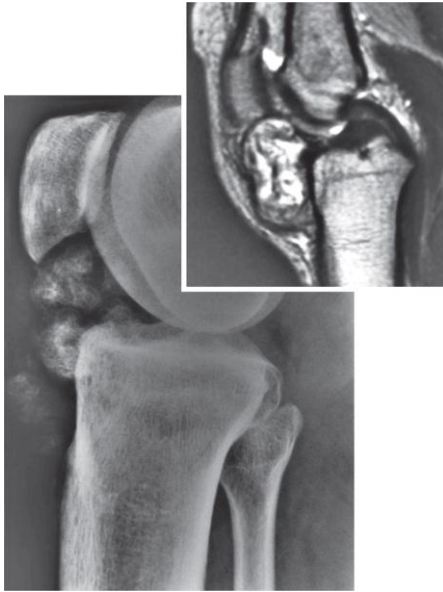


Fig.: Synovial osteochondromatosis: cartilaginous and bony loose bodies in knee joint below patella; joint space is preserved.

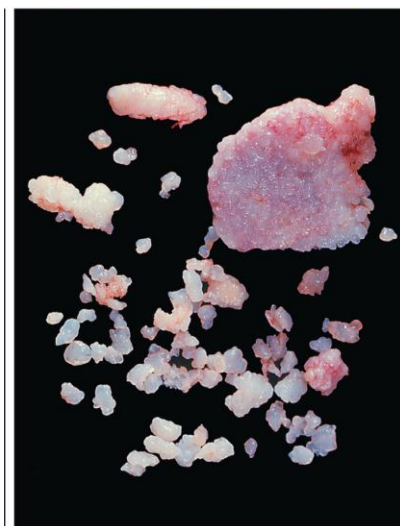


Fig.: Synovial chondromatosis of ankle joint: popcornlike calcification in cartilaginous loose bodies and in synovium

### V.5. Đại thể:

Trong trường hợp bệnh ở giai đoạn tiến triển, sẽ có nhiều nốt sụn liên quan màng hoạt dịch. Mỗi nốt sụn có kích thước từ rất nhỏ (<1 mm) đến kích thước lớn hơn 1- 2cm. Ở những tổn thương lan tỏa, giai đoạn muộn, có nhiều nốt sụn tự do hoặc liên kết lại lấp đầy trong khoang khớp. Đôi khi trong những trường hợp kéo dài, các túi hoạt dịch hoặc gân kế cận cũng bị tổn thương.

Các trường hợp tổn thương chuyển sản sụn ngoài khớp rất hiếm gặp.



### V.6. Điều trị:

Phẫu thuật lấy bỏ các “loose bodies” và cắt màng hoạt dịch là cần thiết. Theo dõi sau mổ là quan trọng. Trong nhiều trường hợp, bệnh tự giới hạn, sau nhiều năm những tổn thương này đạt đến giai đoạn yên tĩnh và không có quá trình hoạt động trong bao khớp.

Nói chung, cắt bỏ các thể “loose bodies” và màng hoạt dịch có liên quan là đủ để kiểm soát bệnh trong phần lớn các trường hợp. Các đợt tái phát nhiều lần và thường trong khoảng thời gian ngắn làm tăng nghi ngờ chuyển hóa ác tính thành sacôm màng khớp, nhưng rất hiếm.

