

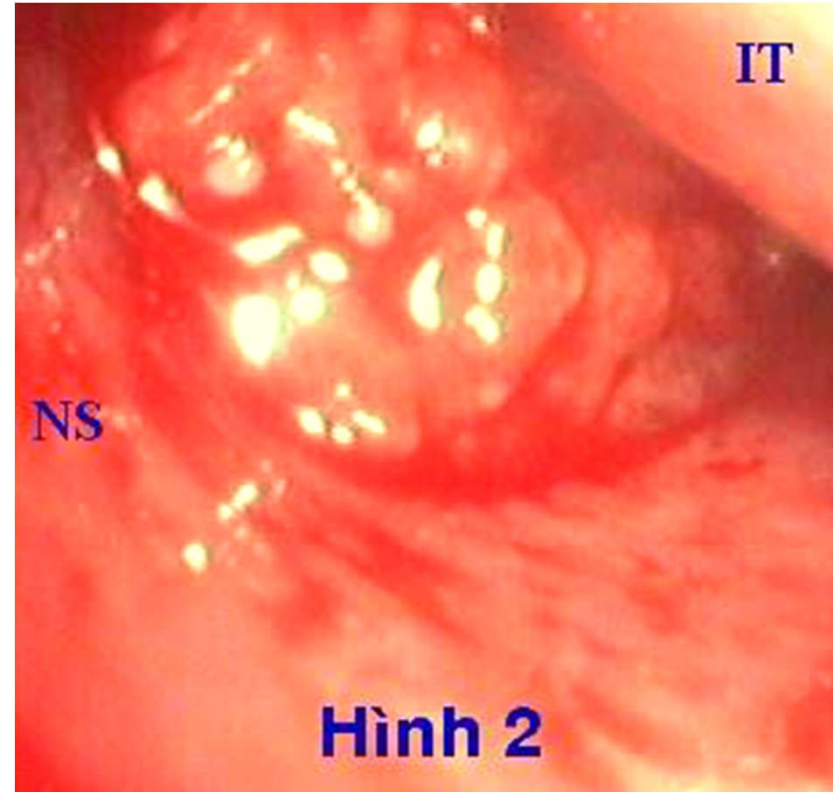
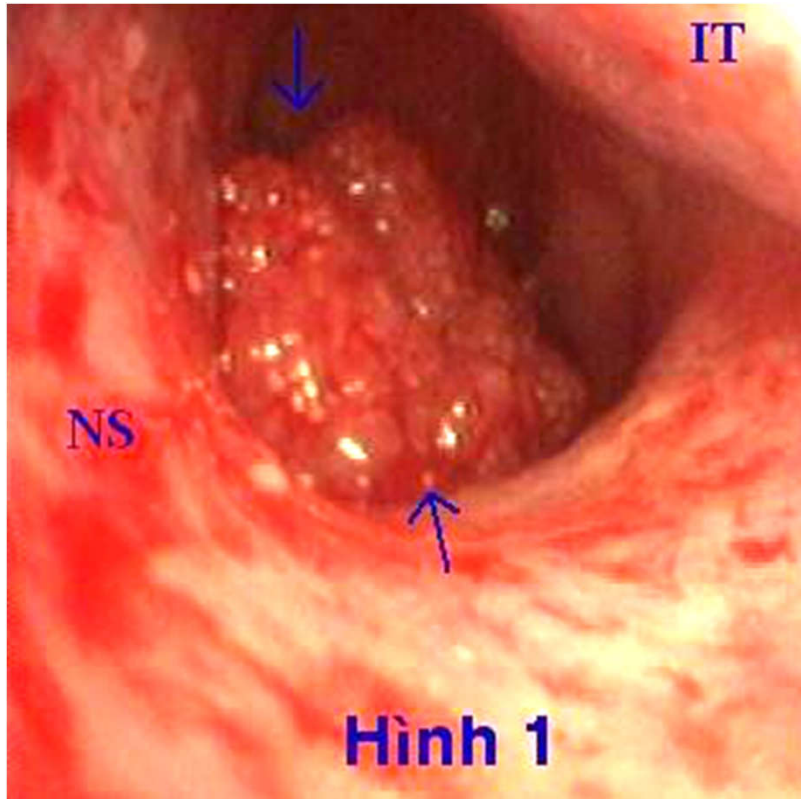
# Rhinosporidiosis: cas report & literature review

BS LÊ HỮU LINH

## CAS 1:

- BN NAM 17T, NGƯỜI CAMPUCHIA, ĐẾN MEDIC KHÁM HAY CHẢY MÁU MŨI.
- CHẢY MÁU MŨI TÁI DIỄN KHOẢNG 1 NĂM NAY.

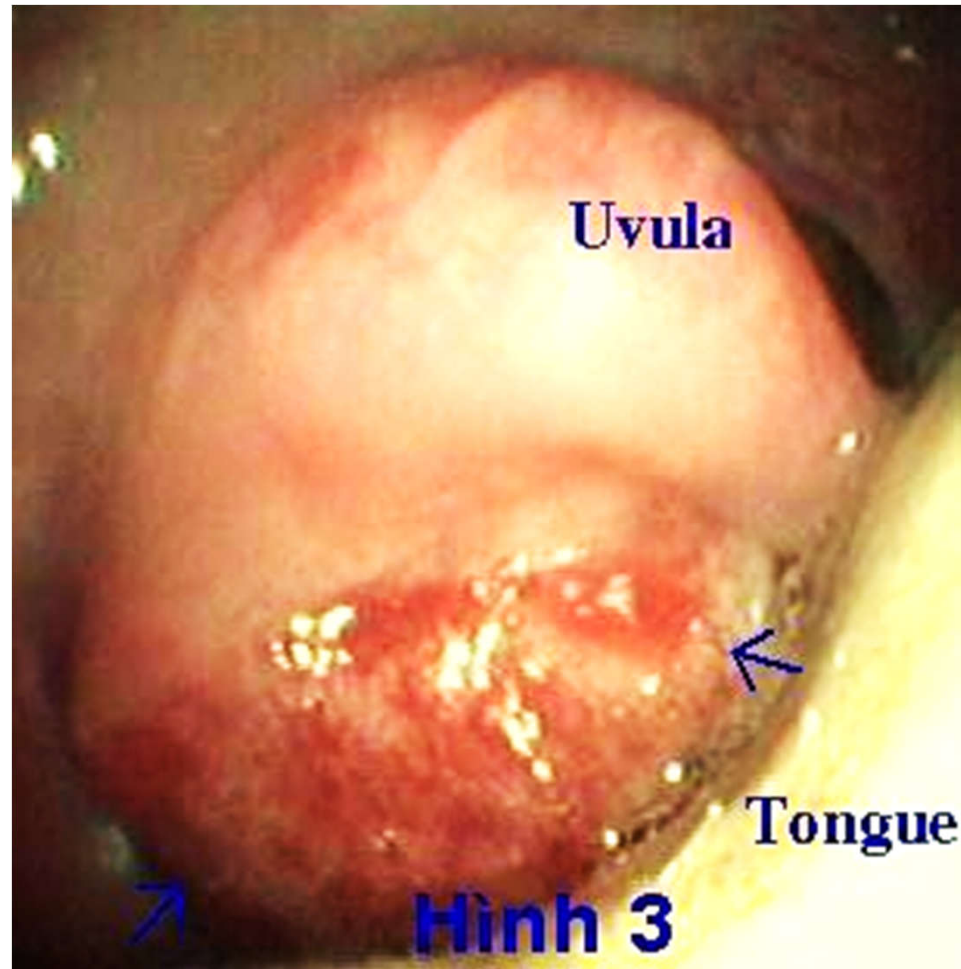
# HÌNH ẢNH NỘI SOI



Hình 1: Ảnh nội soi qua mũi trái thấy một u dễ xuất huyết thập thò ở mũi sau. (NS: vách ngăn mũi, IT: cuống mũi dưới.)

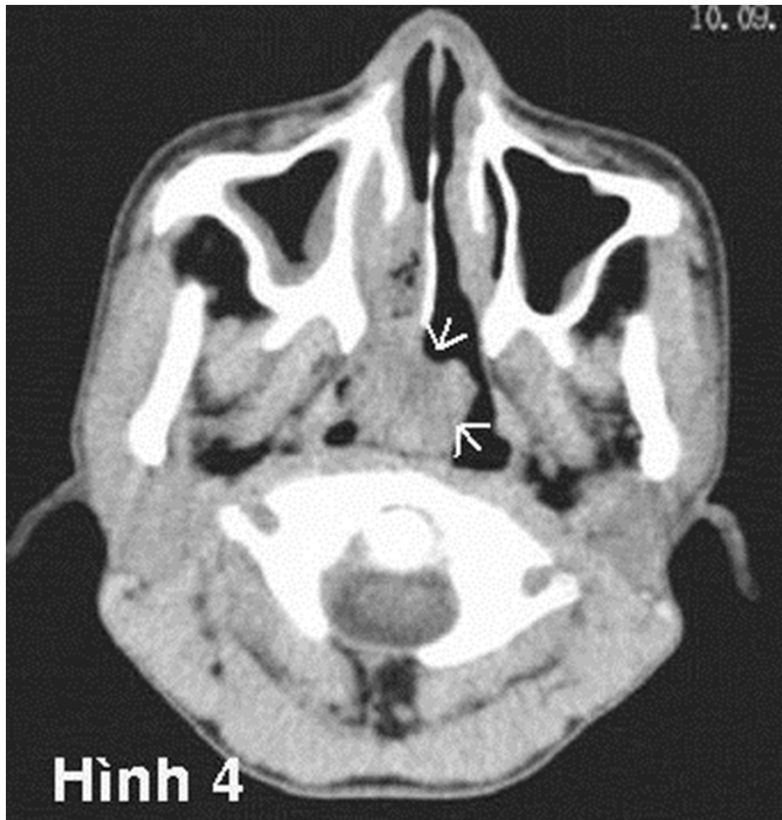
Hình 2: đưa ống soi đến gần hơn nhìn thấy bề mặt u có dạng lổn nhổn.

# HÌNH ẢNH NỘI SOI



Hình 3: hình ảnh soi qua họng trước, u thòng vào khẩu hầu, đẩy lưỡi gà vòm khẩu cái mềm ra trước.

# HÌNH ẢNH CT SCAN



Hình 4: Hình chụp CT scan qua ty hầu không tiêm cản quang, cho thấy dính vào phần sau cuống mũi giữa phải



Hình 5: Hình chụp CT scan có tiêm cản quang cho thấy u bắt thuốc kém (ngược lại với u xơ vòm.).

# CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: RHINOSPORIDIOSIS



Bệnh nhân được tiến hành cắt bỏ u tại bệnh viện Chợ Rẫy, mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh và phân tích vi-ký sinh học. Hình 6, 7, 8: hình ảnh soi tươi mẫu phết bệnh phẩm dưới kính hiển vi trên các mức độ phóng đại khác nhau: hiện diện nhiều quả cầu chứa nhiều bào tử bên trong, có các lỗ mầm và bào tử tự do. Đặc trưng cho loài nấm *Rhinosporidium*.



# RHINOSPORIDIOSIS

- Rhinosporidiosis là một bệnh nhiễm trùng dạng u hạt mạn tính của da và niêm mạc, thường biểu hiện như các polyp mạch máu phát sinh từ niêm mạc mũi, họng hoặc các cấu trúc bên ngoài của mắt.
- Được Seeber mô tả ban đầu vào năm 1900 ở một cá thể đến từ Argentina, bệnh còn có thể gặp ở Ấn Độ, Sri Lanka, Nam Mỹ và Châu Phi. Các trường hợp từ Hoa Kỳ và Đông Nam Á, cũng như các trường hợp xảy ra rải rác trên khắp thế giới, cũng đã được báo cáo. Hầu hết các trường hợp mắc bệnh đều xảy ra ở những người đến từ hoặc cư trú ở tiểu lục địa Ấn Độ hoặc Sri Lanka.

# Bệnh học

- Tác nhân gây bệnh, *Rhinosporidium seeberi*, chưa bao giờ được nhân giống thành công trong ống nghiệm. Ban đầu được cho là một loại ký sinh trùng, trong hơn 50 năm *R seeberi* đã được coi là một loại nấm mốc nước. Các kỹ thuật sinh học phân tử gần đây đã chứng minh sinh vật này là ký sinh trùng sống dưới nước, và nó đã được xếp vào một lớp mới, Mesomycetozoa, cùng với các sinh vật gây nhiễm trùng tương tự ở động vật lưỡng cư và cá.
- Rhinosporidiosis có thương tổn thường giới hạn ở biểu mô niêm mạc. Sự lây nhiễm thường là kết quả của việc cấy ghép vào vết thương cục bộ của niêm mạc. Bệnh tiến triển với sự sao chép cục bộ của *R seeberi* và sự phát triển tăng sản liên quan của mô vật chủ và đáp ứng miễn dịch tại chỗ



# Bệnh học

- Nhiễm trùng mũi và vòm họng được quan sát thấy ở 70% những người mắc bệnh; 15% quan sát thấy nhiễm trùng kết mạc mắt hoặc các cấu trúc liên quan (bao gồm cả tuyến lệ).
- Các cấu trúc khác của miệng, đường hô hấp trên có thể là vị trí của bệnh. Các bệnh về da, tai, thanh quản, khí quản, phế quản, bộ phận sinh dục và trực tràng cũng đã được mô tả. Rhinosporiosis sinh dục đã được mô tả ở âm đạo, niệu đạo dương vật và bìu.

# Lâm sàng

- Bn nhiễm Rhinosporidiosis thường có biểu hiện của tình trạng tắc mũi một bên hoặc chảy máu cam. Các triệu chứng khác có thể bao gồm ngứa cục bộ, sổ mũi kèm theo hắt hơi, chảy nước mũi và chảy dịch mũi (nhỏ giọt) kèm theo ho. Bệnh nhân thường cho biết có cảm giác có dị vật trong ống mũi của họ.
- Liên quan đến mắt ban đầu không có triệu chứng. Tăng tiết nước mắt có thể được báo cáo khi bệnh tiến triển. Chứng sợ ánh sáng, mẩn đỏ và nhiễm trùng thứ phát có thể xảy ra.

# Lâm sàng

- Tổn thương da bắt đầu như những u nhú dần dần trở thành ban đỏ.
- Khi nội soi có thể thấy các tổn thương dạng Polyp ở mũi sau, vòm hầu hoặc ở mắt. Những polyp này có màu hồng đến đỏ đậm, không cuống hoặc có cuống và thường được mô tả là có hình dạng giống quả dâu tây, sung huyết và bở, chúng dễ chảy máu khi thao tác..

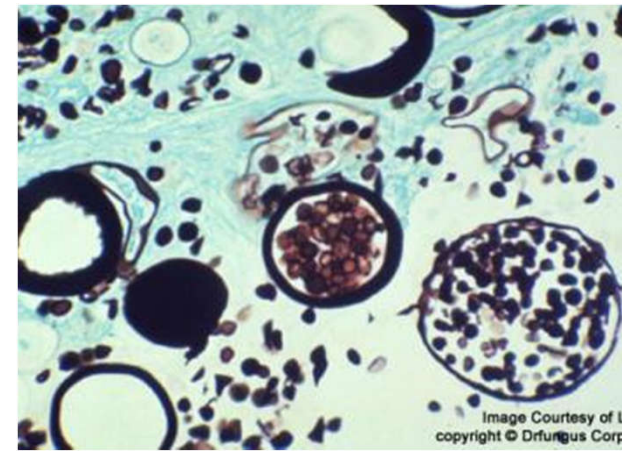
# Chẩn đoán xác định

Y tươi mẫu bệnh phẩm:

Rhinosporidiosis được chẩn đoán bằng cách xác định các cấu trúc điển hình của *Rhizopus* trực tiếp trên kính hiển vi, có nhuộm GMS, hoặc PAS, hoặc H&E tiêu chuẩn.

Kiểm tra huyết thanh học

Kết nghiệm huyết thanh học ELISA xác định kháng thể antirhinosporidial, đã được phát triển và sử dụng cho các nghiên cứu dịch tễ học ở các vùng lưu hành.



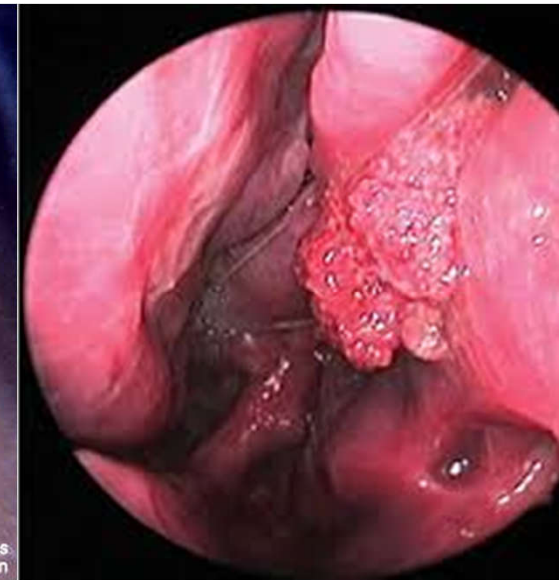
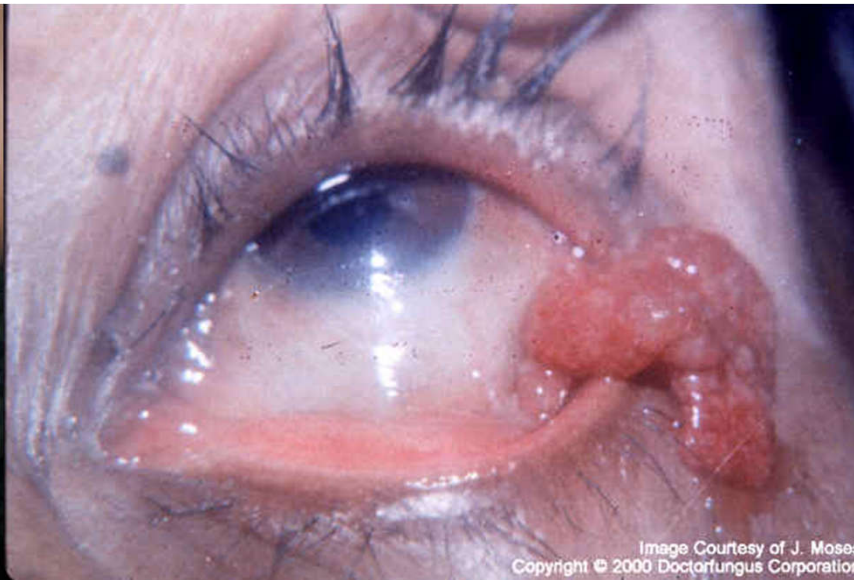
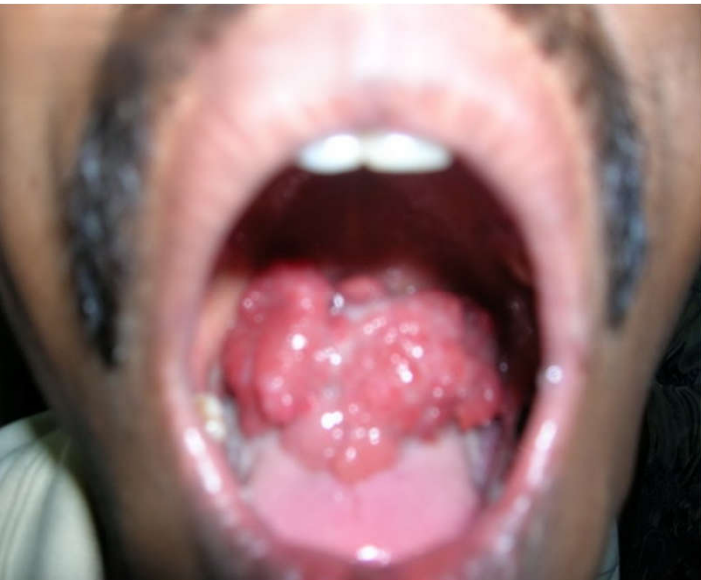
# Chẩn đoán xác định

## Kết quả mô học

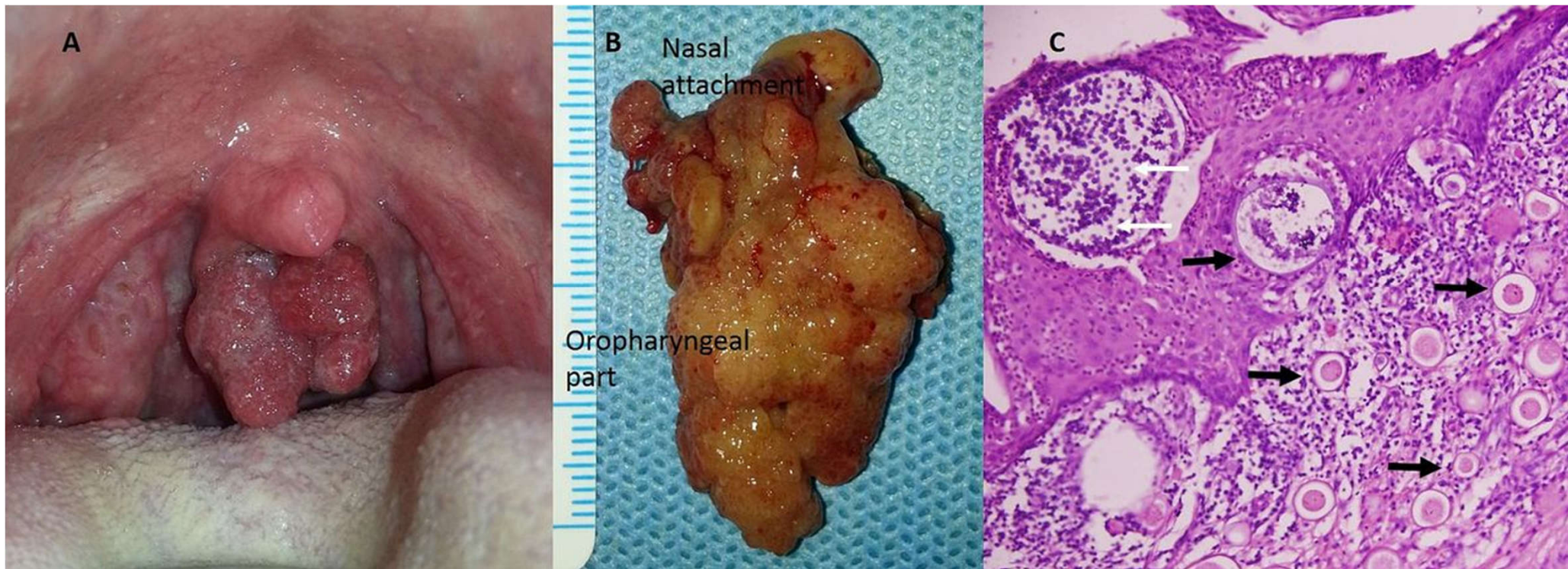
- Năm 1923, Ashworth đã mô tả chi tiết vòng đời của sinh vật trong mô. [16] Chu kỳ này bắt đầu với một nội bào tử hình tròn có đường kính 6-10  $\mu\text{m}$ . Nội bào tử phát triển trở thành túi bào tử có vách dày đường kính 100-350  $\mu\text{m}$  chứa tới vài nghìn nội bào tử. Những cấu trúc này tương tự như các nội bào tử nhỏ hơn (đường kính 2-5  $\mu\text{m}$ ) và bào tử (đường kính 30-60  $\mu\text{m}$ ) của *Coccidioides immitis*.
- Các túi bào tử của *R seeberi* được quan sát dưới biểu mô bình thường. Chúng liên kết với các tế bào miễn dịch, bao gồm bạch cầu trung tính, tế bào lympho, tế bào plasma và tế bào khổng lồ đa nhân, thường gặp trong u hạt rải rác. Tầng sản u nhú và tầng sản mạch máu cũng phổ biến.



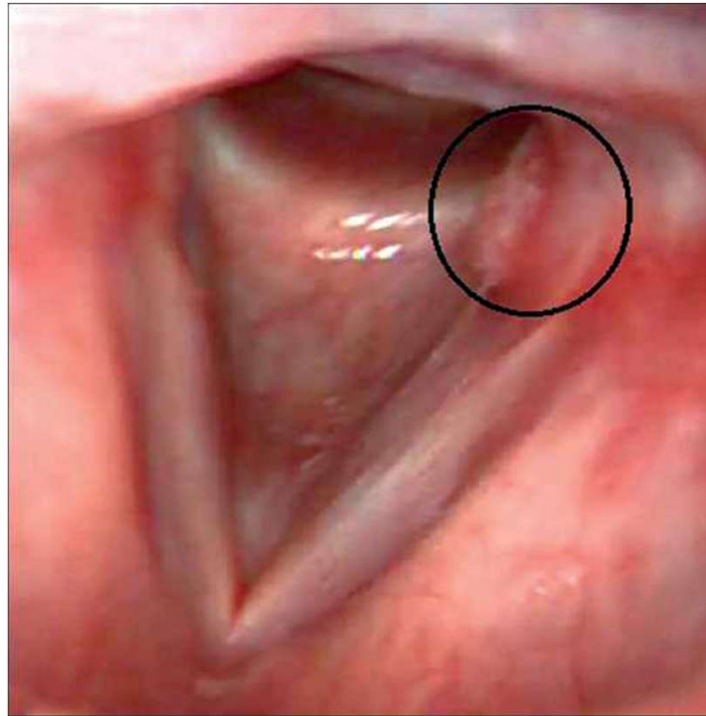
# Một số các hình ảnh rhinosporidiosis



# Một số các hình ảnh rhinosporidiosis



Rhinosporidiosis trên mép sau dây thanh trái

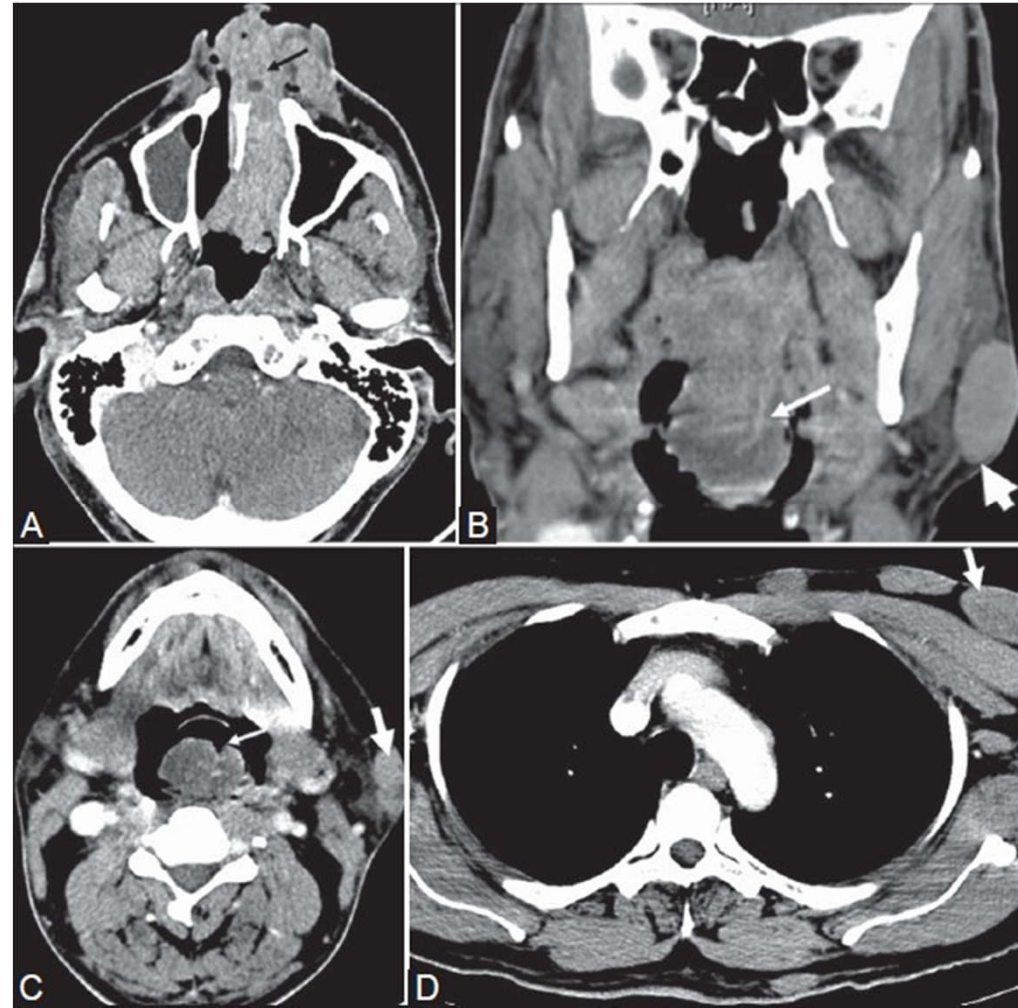




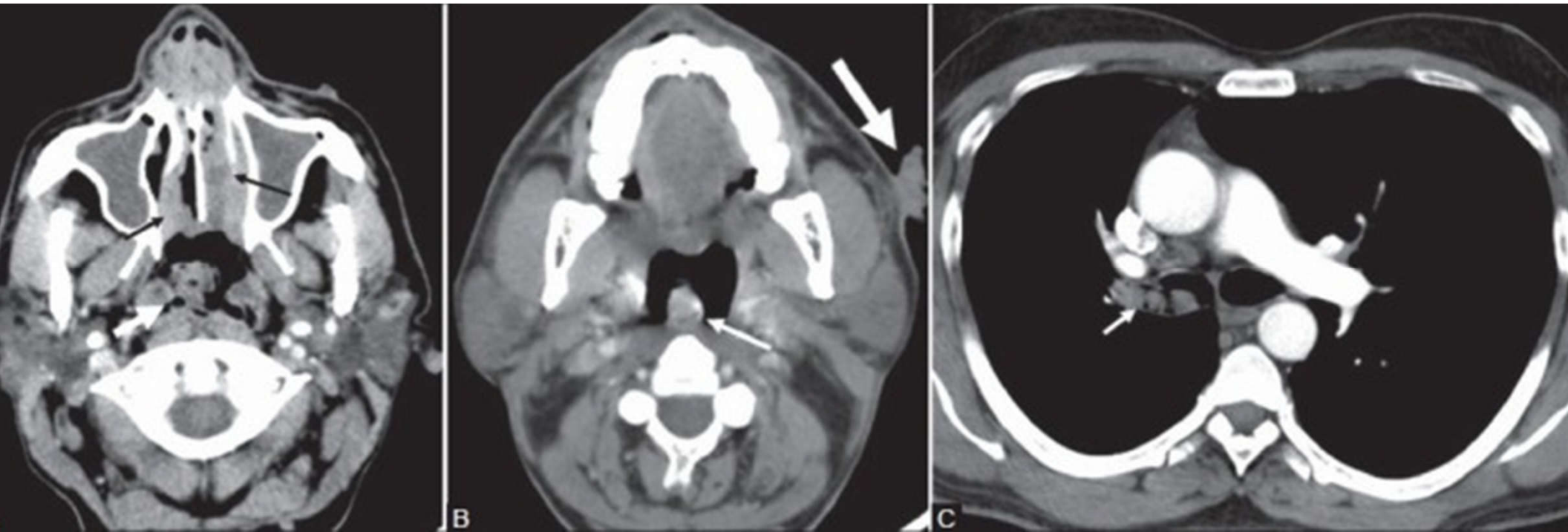
# Rhinosporidiosis CT

CT scanner có giúp định vị thương tổn, đánh giá mức độ lan tràn của bệnh lý, mối tương quan của tổn thương với xương, tuyến lệ và khí phế quản.

Hình ảnh hay gặp là thương tổn u đa múi trong khoang mũi, vòm hầu, khoang miệng và có thể gặp cả ở thanh quản và khí quản. Tăng quang vừa phải hoặc không đều sau tiêm cản quang.



# Rhinosporidiosis CT



Một trường hợp Rhinosporidiosis ở hốc mũi trái, ngoài da và trong lòng phế quản gốc phải.

# Điều trị:

Kết hợp giữa điều trị nội khoa bằng Dapsone dài ngày và phẫu thuật cắt bỏ u.

# Kết luận

- Rhinosporidiosis là một bệnh lý hiếm gặp ở nước ta, tuy nhiên trong điều kiện mở cửa giao lưu với thế giới, bệnh có thể sẽ gặp nhiều hơn, đặc biệt chú ý đến những bệnh nhân đến từ Ấn Độ, Srilanka.
- Biểu hiện lâm sàng là chảy máu mũi, họng. Hình ảnh nội soi hay khám họng cho hình ảnh gợi ý là u sùi dạng trái dâu tây, dễ chảy máu nằm ở vùng hầu họng.
- Chẩn đoán xác định bằng GPB hoặc phết mẫu soi tươi.
- Điều trị bằng phẫu thuật và dùng thuốc Dapsone dài ngày để tránh tái phát.