

BƯỚU CƠ VÂN THỂ NGƯỜI LỚN Ở HẠ HẦU: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VĂN

**Dương Duy Hưng^{1*}, Dương Thanh Tú¹,
Trịnh Nguyễn Minh Anh², Vũ Huyền Trang³, Thái Anh Tú³**

TÓM TẮT

Bướu cơ vân thể người lớn là một khối bướu trung mô lành tính hiếm gặp, chỉ chiếm dưới 2% tổng số các tân sinh có nguồn gốc từ cơ vân và dễ chẩn đoán nhầm lẫn với các bướu ác tính khác cả về mặt lâm sàng, hình ảnh và mô bệnh học. Tổn thương thường khu trú ở vùng đầu cổ, đặc biệt tại các vị trí như hầu họng, khoang miệng, gốc lưỡi, sàn miệng và thanh quản. Về biểu hiện lâm sàng, khối bướu thường tiến triển chậm, không đau nhưng có thể dẫn đến nuốt vướng, khó thở, khàn tiếng, thậm chí ảnh hưởng đến thính lực hoặc thị giác khi bướu kích thước lớn gây chèn ép. Phẫu thuật cắt bỏ triệt để là phương pháp điều trị tối ưu góp phần hạn chế khả năng tái phát. Việc chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào hình thái vi thể kết hợp với biểu hiện hóa mô miễn dịch dương tính với các dấu ấn biệt hóa hướng cơ vân. Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp: bệnh nhân nam, 62 tuổi nhập viện với triệu chứng nuốt vướng và khàn giọng, được phát hiện có khối bướu vùng hạ hầu lớn gây chèn ép nghi ác tính. Kết quả vi thể và biểu hiện hóa mô miễn dịch với dấu ấn Desmin (+), MyoD1 (+) rải rác, Myogenin (-), S100 (-), CD68 (-), EMA (-), TFE3 (-) và Ki67 (+) rải rác với tỉ lệ khoảng < 1% phù hợp với bướu cơ vân thể người lớn. Báo cáo này sẽ cung cấp thêm tư liệu quan trọng giúp nhận diện chính xác bướu cơ vân thể người lớn vùng đầu cổ, nhấn mạnh vai trò của hóa mô miễn dịch từ đó góp phần hoàn thiện hiểu biết về nhóm bướu phân mềm lành tính nhưng thách thức trong thực hành chẩn đoán.

Từ khóa: Bướu cơ vân thể người lớn; bướu vùng đầu cổ; hạ hầu.

ADULT RHABDOMYOMA OF HYPOPHARYNX: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Adult rhabdomyoma is a rare benign mesenchymal tumor, accounting for less than 2% of all skeletal muscle-derived neoplasm and is easily misdiagnosed as a malignant tumor on clinical, radiologic, or histopathologic evaluation. The lesion predominantly arises in the head and neck region, with common

¹Đại học Y - Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức

³Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Dương Duy Hưng

Email: duyhung99ump@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

sites including the pharynx, oral cavity, base of tongue, floor of mouth, and larynx. Clinically, the tumor is slow-growing and painless; however, when it enlarges, it may cause compressive symptoms such as dysphagia, dyspnea, hoarseness, and, in some cases, impairment of hearing or vision. Complete surgical excision is considered the optimal treatment approach, contributing to a reduced risk of recurrence. Definitive diagnosis relies primarily on histopathological evaluation supported by immunohistochemical positivity for markers of skeletal muscle differentiation. We report the rare case of a 62-year-old male patient presenting with dysphagia and hoarseness, in whom a large hypopharyngeal mass was identified and initially suspected to be malignant. Histopathological features and immunohistochemical staining demonstrated positivity for Desmin and focal MyoD1, while Myogenin, S100, CD68, EMA, and TFE3 were negative. Ki67 labeling index was < 1%, confirmed the diagnosis of adult rhabdomyoma. This report provides additional valuable data to aid in the accurate recognition of adult-type rhabdomyoma in the head and neck region, highlights the essential role of immunohistochemistry, and contributes to a more complete understanding of this benign yet diagnostically challenging soft tissue tumor.

Keywords: Adult rhabdomyoma; head and neck tumor; hypopharynx.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu cơ vân thể người lớn (BCVTNL) là thể bệnh phổ biến nhất của bướu cơ vân lành tính ngoài tim.¹⁻⁷ Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi với độ tuổi trung bình được ghi nhận là 60 tuổi.^{1,5,6} Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam:nữ khoảng từ 2,2 đến 3:1 theo nhiều nghiên cứu.^{2,3,6} Khoảng 90% các trường hợp BCVTNL được ghi nhận ở vùng đầu cổ với các vị trí phổ biến là khoang miệng, hầu họng, vùng dưới lưỡi, dưới hàm, khẩu cái mềm, thanh quản, v.v.³ Khối bướu thường khu trú dưới niêm mạc, phần lớn là những tổn thương đơn độc, đôi khi có thể gặp đa nốt hoặc đa ổ lan tỏa.³⁻⁵ BCVTNL tiến triển chậm từ nhiều tháng đến vài năm, không đau, đôi khi gây triệu chứng lâm sàng đa dạng như khàn tiếng, nuốt vướng, khó thở, v.v. tùy theo vị trí và kích thước.^{2,3}

Các tân sinh có nguồn gốc từ cơ vân ở vùng đầu cổ rất hiếm ghi nhận lành tính, đa số các trường hợp là sarcom cơ vân.^{5,7} BCVTNL ở đầu cổ là loại bướu lành tính hiếm gặp và thường có lâm sàng, hình ảnh học lẫn mô bệnh học không đặc hiệu, dễ bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm lẫn với bướu ác tính hoặc các tổn thương phần mềm thường gặp khác ở vùng đầu cổ.^{3,4}

Hình thái vi thể đặc trưng kết hợp với biểu hiện hóa mô miễn dịch dương tính mạnh với các dấu ấn biệt hóa hướng cơ vân như Desmin, Myogenin, MyoD1, MSA (actin đặc hiệu cơ) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định BCVTNL.^{5,7}

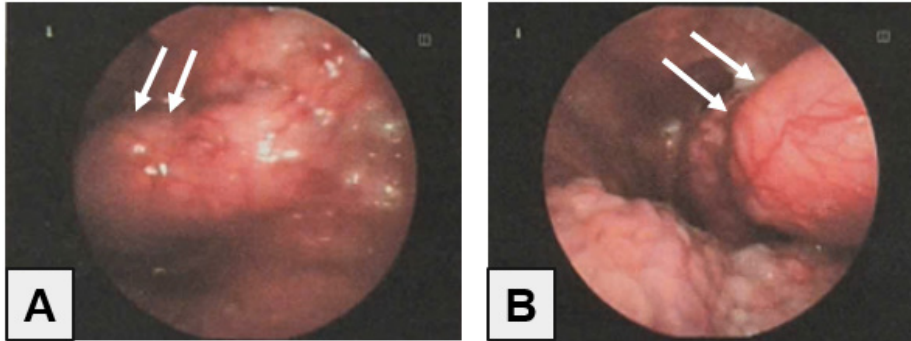
Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp ở bệnh nhân nam, lớn tuổi vào viện vì phát hiện khối bướu vùng hạ hầu kích thước lớn nghi ngờ ác tính. Với các đặc điểm hình thái vi thể và biểu hiện hóa mô miễn dịch, bệnh nhân được chẩn đoán xác định phù hợp với bướu cơ vân thể người lớn ở hạ hầu.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 62 tuổi nhập viện vì lý do nuốt vướng. Qua thăm khám cho thấy, bệnh nhân có một khối cứng kích thước 100×60×35 mm ở vùng góc hàm lệch (T) xuất hiện 5 năm trước đó nhưng không điều trị, 2 năm gần đây tổn thương tăng dần kích thước, chèn ép vùng cổ gây nuốt vướng, khàn giọng và ăn uống khó khăn kéo dài. Tiền căn ghi nhận bệnh nhân có tăng huyết áp, hen phế quản đang điều trị, hút thuốc lá 45 gói/năm. Gia đình chưa ghi nhận bất thường có liên quan.

Hình ảnh trên nội soi vùng họng ghi nhận có khối choán chỗ ở khẩu hầu, hố amidan (T) và

thành hạ hầu (T), bề mặt tương đối trơn láng, có chỗ sần nhẹ, kết quả sinh thiết hai lần kiểm tra chỉ ghi nhận mô viêm mạn tính (Hình 1).

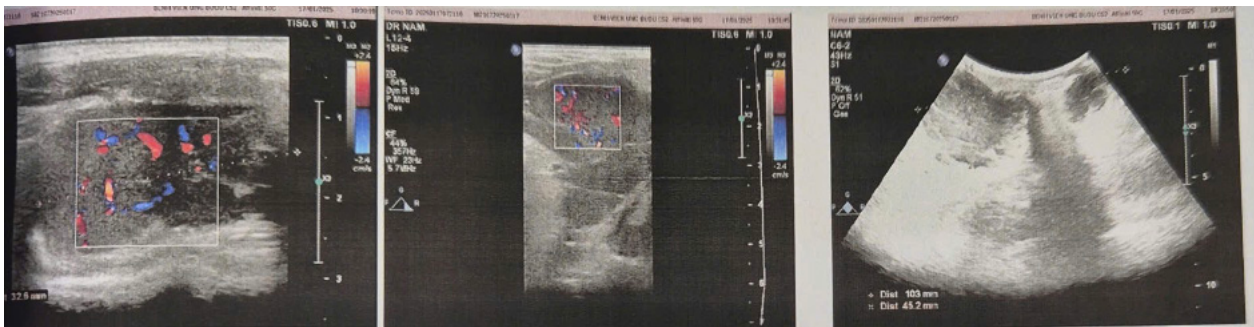


Hình 1: Hình ảnh nội soi ghi nhận vùng hạ họng từ cực dưới amidan (T) (A) đến băng thanh thất (T), (B) có vài khối to, trơn láng, bề mặt không bám giả mạc, gây đẩy lệch thanh môn sang (P).

Theo dõi u hạ họng (T)

Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT scan) vùng cổ không tiêm thuốc cản quang ghi nhận đa tổn thương dày mô lan rộng ở vùng khẩu hầu - tam giác hậu hàm - đáy lưỡi sàn miệng bên (T) kèm sùi dày mô ở nếp phễu nắp thanh môn (T), chít hẹp xoang lê (T) nghi ác tính, nghi ngờ u cận hạch

vùng cổ (T). Hạch cổ (T) theo dõi viêm. Đồng thời, hình ảnh siêu âm vùng cổ (T) ghi nhận một cấu trúc hồi âm kém chưa bản chất, kích thước 103×45mm, không đồng nhất, giới hạn không rõ, không vôi hóa và tăng sinh mạch máu, nghi ngờ hạch di căn (Hình 2).



Hình 2: Kết quả siêu âm phần mềm vùng cổ: Vùng hạ hầu lệch (T), lan lên vùng đáy lưỡi lệch (T) có tổn thương echo kém, không đồng nhất, giới hạn không rõ, kích thước #103×45 mm, không vôi hóa, không tăng sinh mạch máu

Kết quả chọc hút bằng kim nhỏ vùng cổ (T) ghi nhận tổn thương dạng tế bào tròn không điển hình, không thấy mô hạch, đề nghị sinh thiết thêm. Ngoài ra, hình ảnh X quang, siêu âm ổ bụng, các xét nghiệm máu, sinh hóa, chức năng gan, thận của bệnh nhân nằm trong giới hạn bình thường.

Do sự không đồng nhất trong các phương tiện chẩn đoán cùng với biểu hiện lâm sàng hướng nhiều đến một tổn thương ác tính hạ hầu nguyên phát và/hoặc di căn hạch cổ (T), bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tổn thương kết hợp nạo hạch cổ và đánh giá diện cắt phẫu thuật

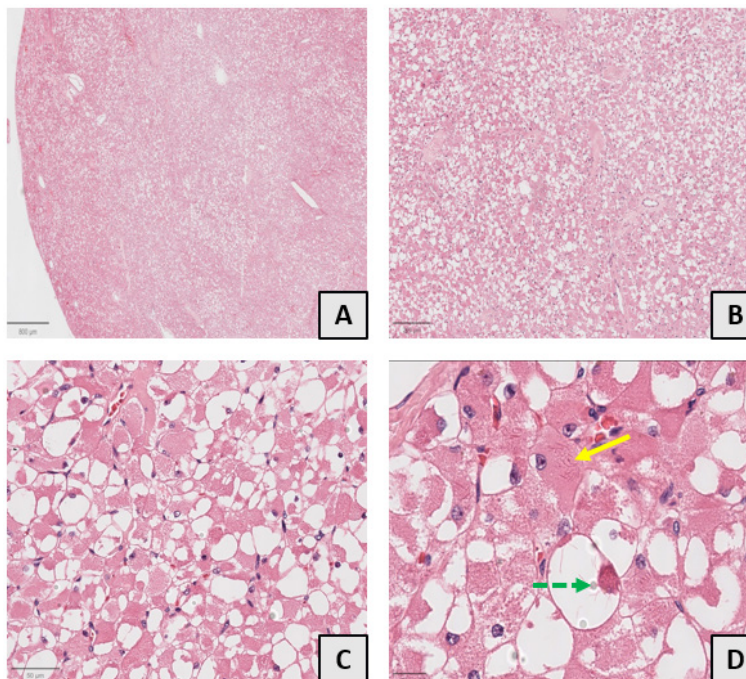
nhằm xác định chính xác bản chất mô bệnh học và giảm khả năng tái phát.

Đại thể ghi nhận tổn thương kích thước 108×40×28 mm ở hạ hầu, nằm dưới niêm mạc, nghi ngờ đa ổ, có vỏ bao, mặt cắt màu nâu đỏ, tạo nhiều thùy.

Hình ảnh vi thể ở độ phóng đại thấp cho thấy khối bướu có giới hạn khá rõ kèm vỏ bao không hoàn toàn, không xâm lấn mô xung quanh, đặc trưng bởi sự tăng sinh đơn dòng các tế bào có bào tương ái toan, hình đa diện, xếp sát nhau tạo cấu trúc dạng thùy, dải hoặc các ổ ngăn cách bằng mô đệm sợi mạch mảnh.

Ở độ phóng đại cao, các tế bào bướu hình đa diện, kích thước tương đối đồng dạng, bào tương nhiều, ái toan, dạng hạt mịn, có các vân ngang,

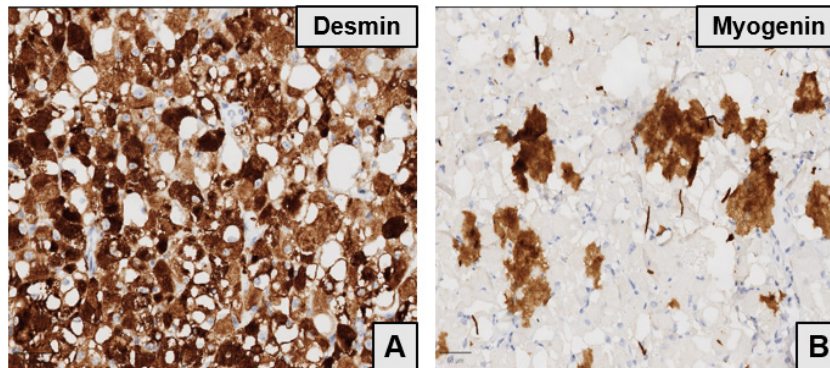
nhân tròn nhỏ nằm ở trung tâm hoặc lệch ở ngoại vi tương tự như cơ vân trưởng thành. Đôi chỗ có xuất hiện không bào trong bào tương nghi do chứa glycogen, một số tế bào không bào trong bào tương chiếm ưu thế, chỉ còn lại một phần bào tương nhỏ bắt eosin ở trung tâm, nổi với viền đặc ở ngoại vi bằng các dải bào tương mảnh tạo hình ảnh tế bào “hình nhện”. Đặc biệt, có thể thấy được thể vùi dạng tinh thể hình que trong bào tương rải rác ở một số tế bào bướu. Không ghi nhận hình ảnh hoại tử, tế bào không điển hình, dị dạng hay phân bào bất thường trên mẫu được khảo sát. Chẩn đoán ban đầu được đặt ra là tăng sinh tế bào tế bào sáng dạng biểu mô có thể là bướu cơ vân. Chẩn đoán phân biệt bướu tế bào hạt, bướu mỡ nâu, bướu cận hạch và carcinôm tế bào sáng di căn.



Hình 3: Hình ảnh H&E: Ở độ phóng đại thấp: Khối u giới hạn rõ, có vỏ bao (A), cấu trúc dạng thùy (B). Ở độ phóng đại cao: Tế bào dạng cơ vân, đa diện, xếp sát nhau, bào tương nhiều, ái toan, rải rác vài tế bào bào tương sáng do chứa nhiều không bào (C), thể vùi dạng tinh thể hình que trong bào tương (mũi tên nét liền) và tế bào hình nhện (mũi tên nét đứt) (D).

Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy, tế bào bướu dương tính mạnh, lan tỏa với Desmin, rải rác với Myogenin thể hiện sự biệt hóa đặc trưng theo hướng cơ vân. Chỉ số Ki67 rất thấp chỉ dưới 1%. Các dấu ấn Vimentin, S100, PanCK, EMA, CD68, Synaptophysin, Chromogranin A, TFE3, MyoD1, Calretinin, CD10, CD117, CK7,

GATA3, Inhibin, MDM2, PAX8, RCC và SOX10 đều âm tính. Dựa vào hình ảnh vi thể và biểu hiện kết quả hóa mô miễn dịch, bệnh nhân được chẩn đoán phù hợp với bướu cơ vân thể người lớn ở hạ hầu. Ngoài ra, khảo sát vi thể các rìa diện cắt cùng các hạch lymphô bóc được đều không ghi nhận hình ảnh tế bào bướu.



Hình 4: Kết quả hóa mô miễn dịch: Tế bào bướu dương tính mạnh, lan tỏa trong bào tương với Desmin (A) và dương tính rải rác với Myogenin (B)

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi và hẹn tái khám định kỳ. Tính đến thời điểm thăm khám gần nhất, bệnh nhân ổn định, không có triệu chứng cũng như hình ảnh gợi ý tái phát sau ba tháng phẫu thuật.

3. BÀN LUẬN

Bướu cơ vân, lần đầu tiên được phát hiện bởi Zenker năm 1864⁸, là một loại tân sinh phần mềm biệt hóa theo hướng cơ vân lành tính hiếm gặp.^{5,7} Về mặt vị trí giải phẫu, bướu cơ vân được chia thành hai nhóm chính là ở tim và ngoài tim.^{5,7} Với tỷ lệ chiếm đa số các trường hợp, bướu cơ vân ở tim được coi như một dạng mô thừa dạng bướu (hamartoma) ở trẻ em và thường có liên quan chặt chẽ đến bệnh xơ cứng củ (chiếm từ 50-88% theo nghiên cứu của Yinon và cộng sự⁷) cùng một số rối loạn di truyền khác.^{3,4} Ngược lại, bướu cơ vân ngoài tim (BCVNT) rất hiếm gặp và các tổn thương này thường khu trú chủ yếu ở vùng đầu

cổ.^{3-5,7} Dựa trên độ tuổi khởi phát và mức độ biệt hóa của mô cơ vân trên vi thể, BCVNT được chia thành thể người lớn (chiếm 50-70%) và thể phôi thai (chiếm 40%).^{5,7} Hiếm gặp hơn, BCVNT thể sinh dục (chiếm dưới 10%) với biểu hiện dưới dạng polyp ở âm hộ, âm đạo ở phụ nữ trẻ tuổi và trung niên cũng đã được báo cáo ghi nhận.³

Bướu cơ vân thể người lớn (BCVTNL) là bướu lành tính biệt hóa theo hướng cơ vân trưởng thành chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm BCVNT.¹⁻⁸ Bệnh chủ yếu phát sinh ở vùng đầu cổ, được cho là bắt nguồn từ hệ cơ của cung mang thứ ba và thứ tư trong quá trình phát triển của phôi thai.^{1,3} Khoảng 70% các trường hợp biểu hiện dưới dạng tổn thương đơn độc, đôi khi có thể đa nốt (chiếm 20-26%) hoặc đa ổ (chiếm 4%) với nam giới trên 50 tuổi chiếm đa số.^{1,4,7} Hiếm gặp trường hợp BCVTNL ở trẻ em và khởi phát ở vùng ngoài đầu cổ (như ở chi, thực quản, dạ dày, trung thất).^{1,3,7} Triệu chứng lâm sàng sẽ phụ thuộc vào vị trí

và kích thước khối bướu.^{1,7} BCVTNL phát triển chậm dưới niêm mạc, biểu hiện dưới dạng nốt polyp trơn láng, giới hạn rõ, không đau và theo thời gian có thể gây ra khó thở, khàn tiếng, nuốt vướng và các triệu chứng khác.³ Đối với trường hợp chúng tôi báo cáo, bệnh nhân nam giới lớn tuổi (62 tuổi), vị trí phát sinh ở vùng đầu cổ (hạ hầu), tiến triển chậm, kéo dài (5 năm) trước khi gây ra triệu chứng khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Điều này hoàn toàn phù hợp với các báo cáo y văn được ghi nhận trước đó.

Cơ chế bệnh sinh của BCVTNL còn nhiều tranh cãi.³ Một số nghiên cứu cho rằng, BCVTNL là tổn thương mô thừa dạng bướu, không tân sinh do đặc tính tiến triển chậm, hình thái mô học đa dạng và thường không liên quan đến các hội chứng di truyền.^{3,5} Trong khi đó, những nghiên cứu gần đây cho thấy, BCVTNL là một tân sinh thực sự dựa trên các bằng chứng về sự phát hiện các bất thường đơn dòng nhiễm sắc thể, đột biến gen *FLCN*, và mối liên quan đến hội chứng Birt-Hogg-Dubé.³ Tuy nhiên, các chỉ dấu về sinh học phân tử thường không đặc hiệu trong chẩn đoán BCVTNL.⁵

Hiện nay, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT scan) và cộng hưởng từ (MRI) đều không chứng minh được tính đặc hiệu trong chẩn đoán BCVTNL.¹ Trong trường hợp ca bệnh chúng tôi báo cáo, hình ảnh trên siêu âm và chụp cắt vi tính đều hướng đến một tổn thương ác tính do kích thước lớn, giới hạn không rõ và lan rộng ở vùng hạ hầu. Trên nội soi tai mũi họng, phù hợp với một tổn thương ở dưới niêm mạc, bề mặt trơn láng, sinh thiết hai lần chỉ ghi nhận hình ảnh mô viêm mạn tính. Vì không thể khẳng định được bản chất của khối bướu, việc phẫu thuật lấy trọn tổn thương kèm nạo hạch và đánh giá diện cắt phẫu thuật đã được tiến hành.

Mặc dù chưa có bằng chứng về sự chuyển dạng ác tính, BCVTNL có tỷ lệ tái phát tại chỗ là 42%,

chủ yếu liên quan đến việc cắt bỏ không triệt để tổn thương trước đó.¹ Qua các nghiên cứu và báo cáo chúng tôi ghi nhận, chưa có bằng chứng cho thấy hóa trị hoặc xạ trị mang lại hiệu quả trong điều trị BCVTNL, kể cả ở các trường hợp khối bướu kích thước lớn hoặc tái phát.¹⁻⁶ Thay vào đó, các báo cáo đều thống nhất rằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn tổn thương với bờ phẫu thuật âm tính đối với các bướu lớn hoặc gây triệu chứng là phương thức điều trị tối ưu.^{1,3,7} Đối với các trường hợp tái phát, phẫu thuật vẫn là phương pháp tối ưu. Điều này có thể được lý giải do mức độ biệt hóa cao (dạng cơ vân trưởng thành) cũng như chỉ số tăng sinh tế bào rất thấp ($Ki67 < 1\%$) của bướu dẫn đến khả năng không đáp ứng với hóa và xạ trị. Đối với các tổn thương nhỏ và không triệu chứng, một số nghiên cứu đề xuất chiến lược theo dõi tích cực mà chưa cần can thiệp phẫu thuật.⁶ Theo Lim và cộng sự (2025)², phẫu thuật nội soi BCVTNL tuy ít biến chứng nhưng tỷ lệ tái phát thường cao hơn so với phẫu thuật mở lấy trọn bướu. Vì vậy, việc theo dõi lâu dài khả năng bướu tái phát là cần thiết, đặc biệt trong các trường hợp phẫu thuật nội soi và/hoặc không thể đảm bảo lấy trọn được sang thương và trường hợp bướu có đa ổ, đa nốt.^{3,6} Vì vậy, việc phẫu thuật lấy trọn tổn thương với bờ phẫu thuật âm tính là hướng điều trị phù hợp đối với trường hợp BCVTNL chúng tôi báo cáo.

Trên hình ảnh vi thể, với các đặc điểm mô học đặc trưng là sự tăng sinh đơn dòng các tế bào dạng cơ vân đồng dạng, kích thước lớn, hình đa diện với bào tương nhiều, rất ái toan, có không bào, vân ngang và thể vùi dạng tinh thể hình que trong bào tương, đôi khi có thể bắt gặp tế bào hình nhện, không thấy hoại tử, tế bào không điển hình và phân bào bất thường. Chẩn đoán bướu cơ vân thể người lớn được đặt ra là hoàn toàn phù hợp. Tuy nhiên, các chẩn đoán phân biệt như bướu mỡ nâu, bướu tế bào hạt, bướu cận hạch, bướu phòng bào, một số bệnh lý mô bào liên quan đến tinh thể và bướu ác tính di căn cần được đặt ra do sự khác

biệt rất lớn trong điều trị cũng như tiên lượng.^{5,7} Đặc biệt, chẩn đoán BCVTNL rất dễ nhầm lẫn với bướu tế bào hạt và bướu mỡ nâu trên tiêu bản cắt lạnh và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).⁴ Việc kết hợp với các dấu ấn hóa mô miễn dịch đặc hiệu cho từng loại bướu sẽ giúp loại trừ và đi đến chẩn đoán chính xác cuối cùng.⁷

Desmin là dấu ấn có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong biểu hiện sự biệt hóa cơ vân ở cả tế bào chưa và đã trưởng thành.⁶ Ngoài ra, Myogenin, MyoD1 và MSA có thể góp phần hỗ trợ trong chẩn đoán BCVTNL.⁶ Trong khi đó, Vimentin có thể hiện diện ở tế bào cơ chưa trưởng thành nhưng âm tính ở cơ vân trưởng thành.⁶ BCVTNL thường không biểu hiện dấu ấn tăng sinh như Ki67, điều này ủng hộ giả thuyết tổn thương có thể mang bản chất mô thừa dạng bướu.⁶ Trong trường hợp của chúng tôi, Desmin dương tính mạnh lan tỏa với tế bào bướu, Myogenin dương tính rải rác, Vimentin âm tính và chỉ số Ki67 dưới 1% phù hợp với chẩn đoán bướu cơ vân thể người lớn lành tính đặt ra ban đầu.

Một trong những chẩn đoán vi thể phân biệt quan trọng của BCVTNL là bướu tế bào hạt với đặc trưng là các tế bào có bào tương dạng hạt mịn, không có vân ngang.^{4,6,7} Chẩn đoán phân biệt thứ hai là bướu mỡ nâu với vị trí thường gặp ở vùng giữa hai bả vai, đặc trưng trên vi thể là các tế bào nhỏ, bào tương chứa các giọt mỡ dễ nhầm lẫn với không bào trong BCVTNL.^{4,6,7} Cả hai loại bướu này đều biểu hiện S100 dương tính lan tỏa và Desmin âm tính.^{4,6,7} Trường hợp được báo cáo, Desmin dương tính và S100 âm tính, do đó giúp loại trừ chẩn đoán bướu tế bào hạt và bướu mỡ nâu. Ngoài ra, biểu hiện vi thể kết hợp với các dấu ấn như Synaptophysin, Chromogranin, PanCK, CD68 và một số các dấu ấn đã được trình bày âm tính đã giúp loại trừ các chẩn đoán phân biệt ít nghĩ tới khác như bướu cận hạch, bướu phòng bào, một số bệnh lý mô bào liên quan đến tinh thể và bướu ác tính di căn.^{4,6,7}

4. KẾT LUẬN

Bướu cơ vân thể người lớn là một tổn thương hiếm gặp ở vùng đầu cổ. Việc chẩn đoán chính xác là một thách thức đối với cả lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh do biểu hiện bệnh không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các tổn thương thường gặp khác. Vì vậy, cần đặt ra các chẩn đoán phân biệt phù hợp kết hợp với hóa mô miễn dịch các dấu ấn biệt hóa cơ vân để đi đến chẩn đoán xác định. Phẫu thuật cắt trọn bướu với rìa diện cắt an toàn hiện vẫn là phương pháp điều trị tối ưu, song việc theo dõi dài hạn khả năng tái phát vẫn được khuyến nghị, đặc biệt khi cắt bỏ triệt để là không khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Wang L, Li S, Sun L. Case Report: Unveiling the unexpected: a rare case of adult-type rhabdomyoma in a 9-year-old boy. Case Report. *Frontiers in Pediatrics*. 2025-February-03 2025;Volume 13 - 2025doi:10.3389/fped.2025.1451316
- [2]. Lim J, Jueng J, Singh C, Rodney JP. Rhabdomyoma of the Larynx: A Case Report and Literature Review of a Rare Tumor in an Uncommon Location. *Journal of Voice*. 2025/01/01/ 2025;39(1):289. e1-289.e8. doi:https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.07.016
- [3]. Mahdavi N, Saebnoori H, Tabatabaie-Zadeh SA. Rhabdomyoma of the Oral Cavity Mimicking Reactive Lesions: A Case Report and Review of the Literature. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2023;0(0):01455613231177185. doi:10.1177/01455613231177185



- [4]. Da Silva Leonel ACL, Dos Santos ST, de Amorim Carvalho EJ, de Castro JFL, de Almeida OP, da Cruz Perez DE. Oral Adult Rhabdomyoma. *Head Neck Pathol.* Dec 2021;15(4):1253-1260. doi:10.1007/s12105-021-01371-z
- [5]. Parham DM. Rhabdomyoma. *WHO Classification of Tumours Editorial Board Soft tissue and bone tumours*. 5th ed. International Agency for Research on Cancer; 2020.
- [6]. Yadav SK, Sood N. Multinodular adult rhabdomyoma in female: A rare case report. *J Oral Maxillofac Pathol.* Feb 2019;23(Suppl 1):54-57. doi:10.4103/jomfp.JOMFP_4_19
- [7]. Weiss SW, Goldblum JR, Folpe AL. Rhabdomyoma. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*. 7th ed. 2019:639-651:chap 18.
- [8]. Wang W, Gu YY, Dong YH, et al. Rhabdomyoma of the pleura: a case report. *J Thorac Dis.* Dec 2018;10(12):E793-e795. doi:10.21037/jtd.2018.11.88