

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH THỂ “HẠT GẠO” (RICE BODY) TRONG TỔN THƯƠNG KHỚP: BÁO CÁO CA BỆNH, CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Imaging Features of Rice Bodies in Joint Lesions: Case Series, Differential Diagnosis, and Literature Review

Nguyễn Quỳnh Giang*, Nguyễn Thanh Hải**, Nguyễn Thị Thùy Linh*,
Trịnh Văn Mạnh*, Phan Đình Huy*

SUMMARY

Objective: To present several cases of intra-articular rice bodies, analyze their imaging characteristics, underlying etiologies, differential diagnoses, and therapeutic approaches.

Methods: A case series of patients with typical magnetic resonance imaging (MRI) findings was conducted. Clinical and paraclinical data were correlated and compared with evidence from the current literature.

Results: The patients were definitively diagnosed with rice body synovitis secondary to tuberculosis and rheumatoid arthritis, and were managed with arthroscopic intervention combined with medical therapy. Differential diagnoses in these cases included synovial chondromatosis, pigmented villonodular synovitis, and lipoma arborescens.

Conclusion: Rice bodies represent a nonspecific finding that may be encountered in various pathological conditions. MRI plays a crucial role in diagnosis and in differentiating rice bodies from other etiologies.

Keywords: rice body, MRI, joint, synovium

I. GIỚI THIỆU

Thể hạt gạo (rice bodies) là các cấu trúc nhỏ thường dạng bầu dục xuấthiện trong khoang khớp, bao hoạt dịch hoặc bao gân, thường gặp trong các tình trạng viêm mạn tính của hệ cơ xương khớp. Ban đầu được mô tả trong viêm khớp do lao, thể hạt gạo hiện được ghi nhận trong nhiều bệnh cảnh khác như viêm khớp dạng thấp, viêm bao hoạt dịch mạn tính không đặc hiệu và viêm bao gân kéo dài. Về mô học, chúng chủ yếu gồm fibrin và collagen, hình thành do tình trạng viêm hoạt dịch dai dẳng dẫn đến lắng đọng fibrin và bao bọc dần bởi mô sợi.

Lâm sàng thường nghèo nàn, biểu hiện bằng sưng nề hoặc hạn chế vận động, khiến hình ảnh học giữ vai

trò quan trọng trong chẩn đoán, hỗ trợ phân biệt với các bệnh lý hoạt dịch khác như u sụn hoạt dịch hay PVNS.

Mặc dù lành tính, thể hạt gạo có thể gây triệu chứng cơ học đáng kể hoặc bị nhầm lẫn với các quá trình nhiễm trùng hay tân sinh. Do đó, việc nhận diện chính xác và phân biệt với các bệnh lý hoạt dịch khác có ý nghĩa quan trọng trong định hướng điều trị cũng như tiếp cận chẩn đoán hình ảnh.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

1. Case 1

BN nữ, 48 tuổi, đau gối trái từ 2 tháng nay, tiền sử viêm khớp dạng thấp từ 4 năm nay, đang điều trị Medrol, MTX. Khám lâm sàng khớp gối trái thấy sưng đau, không

* Bệnh viện Vinmec Smart City

** Bệnh viện Vinmec Times City

nóng đỏ. Trên xét nghiệm cận lâm sàng dịch khớp: RF: 7.4 mg/dl, WBC: 7.0 G/l. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ khớp gối trái. Hình ảnh MRI (Hình 1).



Hình 1. Hình ảnh MRI khớp gối của bệnh nhân

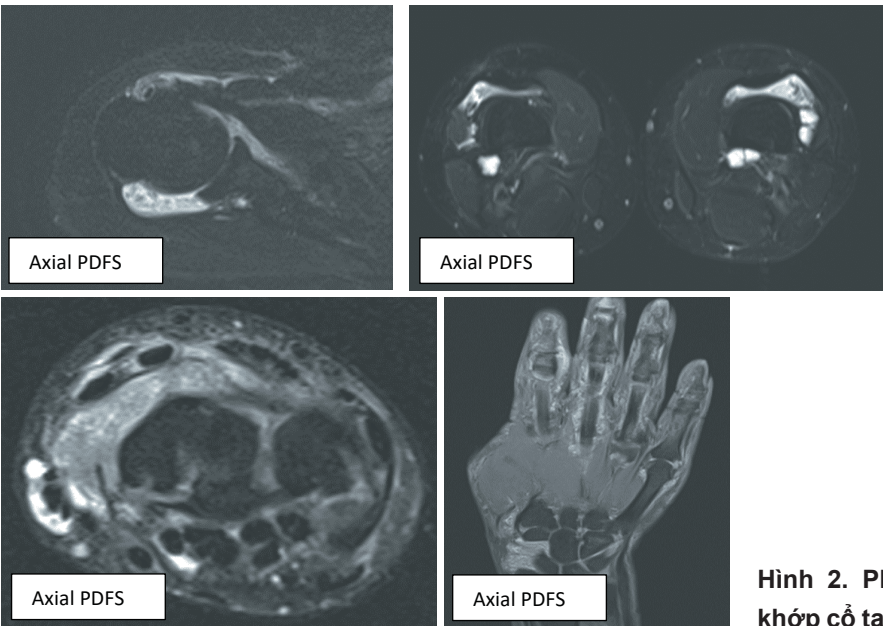
Trên ảnh MRI khớp gối cho thấy các thể hạt gạo trong dịch khớp và ngấm thuốc lan tỏa màng hoạt dịch sau tiêm. Các thể hạt gạo không quan sát rõ trên T1W, quan sát rõ trên T2W với giảm tín hiệu rõ tương phản với dịch khớp tăng tín hiệu, hình dài, kích thước tương đồng, phân bố rải rác đồng đều trong dịch khớp, không ngấm thuốc sau tiêm.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc màng hoạt dịch: đại thể cho thấy màng hoạt dịch dày lan tỏa, bao hoạt

dịch nhiều fibrin, sinh thiết màng hoạt dịch gửi GPB cho kết quả là tổn thương viêm do lao.

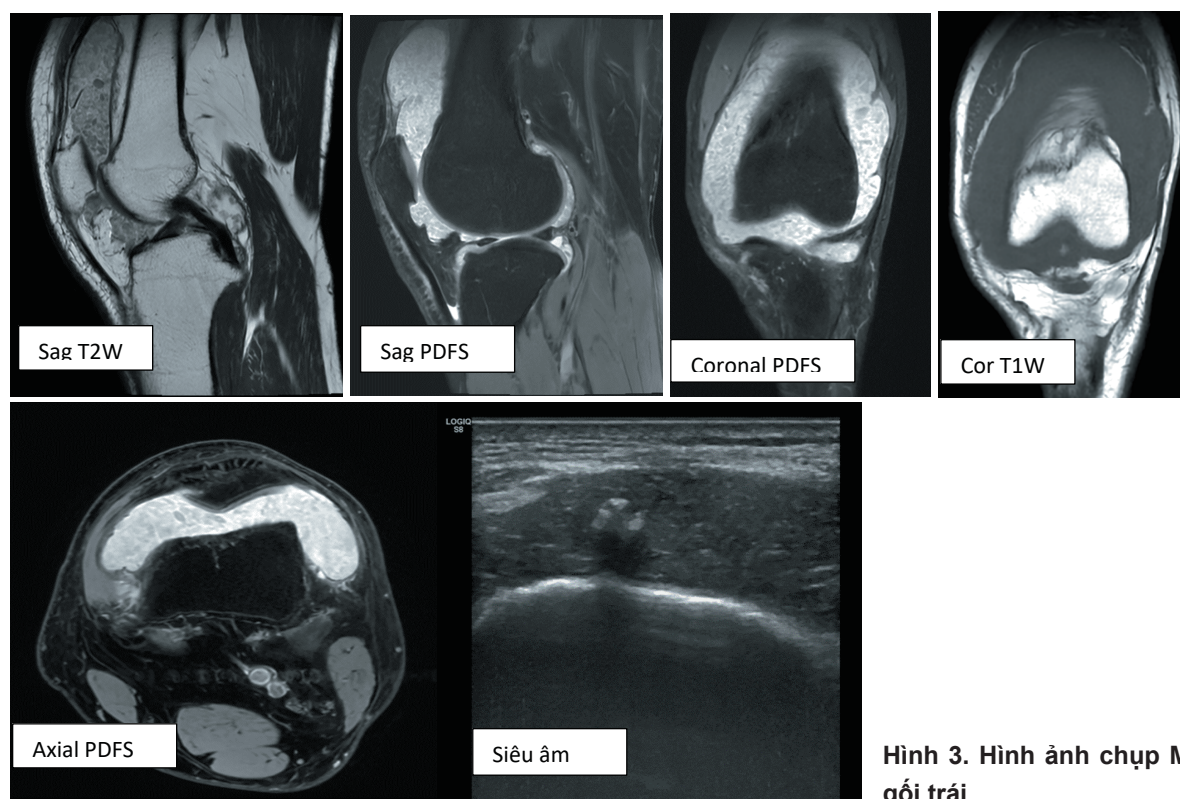
2. Case 2

BN nữ 52 tuổi, đau nhiều khớp từ nhiều năm nay, tiền sử viêm khớp dạng thấp RF (-). Trên xét nghiệm cho thấy có tăng nhẹ tốc độ máu lắng, các xét nghiệm Bạch cầu, bilan viêm âm tính. Hình ảnh chụp MRI các khớp vai, gối, cổ tay (Hình 2)



Hình 2. PDFS axial các khớp vai, khớp gối, khớp cổ tay, PDFS khớp cổ tay và bàn ngón tay.

Trên hình ảnh MRI cho thấy nhiều thể hạt gạo trong bao hoạt dịch các khớp, giảm tín hiệu trên T2W so với dịch khớp xung quanh rõ ràng, đa hình thái từ dài dạng dài cho tới ngắn dạng hạt tròn, phân bố lan tỏa trong dịch khớp.



Hình 3. Hình ảnh chụp MRI khớp gối trái

Trên ảnh chụp MRI khớp gối cho thấy nhiều thể hạt gạo trong bao hoạt dịch khớp với tăng nhẹ tín hiệu trên T1W, đồng tín hiệu trên T2W với cơ, khó phân biệt trên T2W so với dịch hoạt dịch. Trên siêu âm một số ít thể rời có vôi hóa kèm bóng cản. Trường hợp này cần phân biệt với bệnh lý sụn màng hoạt dịch nguyên phát.

III. BÀN LUẬN

1. Đại cương

Thể hạt gạo được mô tả lần đầu trong bệnh cảnh viêm khớp do lao bởi Reise năm 1895 [1]. Thường gặp trong: Viêm khớp dạng thấp mạn tính; Bệnh khớp huyết

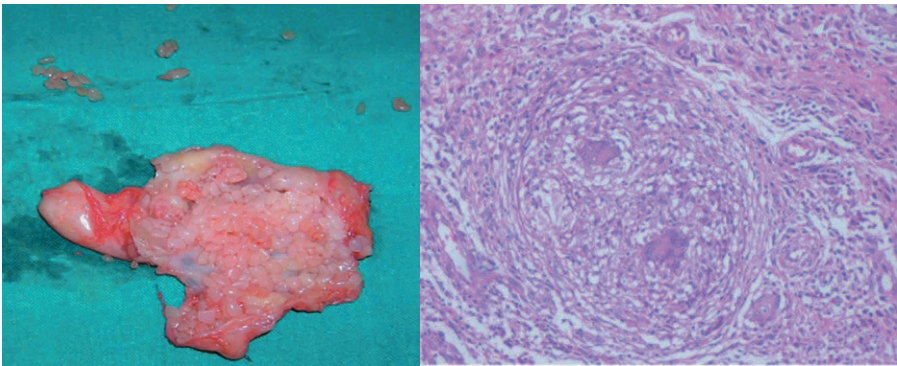
3. Case 3

BN nam 46 tuổi, tiền sử tràn dịch khớp gối trái 3 năm trước, đau, hạn chế vận động.

Xét nghiệm máu: Acid uric 564 $\mu\text{mol/l}$, RF 3.33 UI/ml. Khám lâm sàng thấy sưng khớp gối trái, không nóng đỏ. Chụp MRI khớp gối trái (Hình 3).

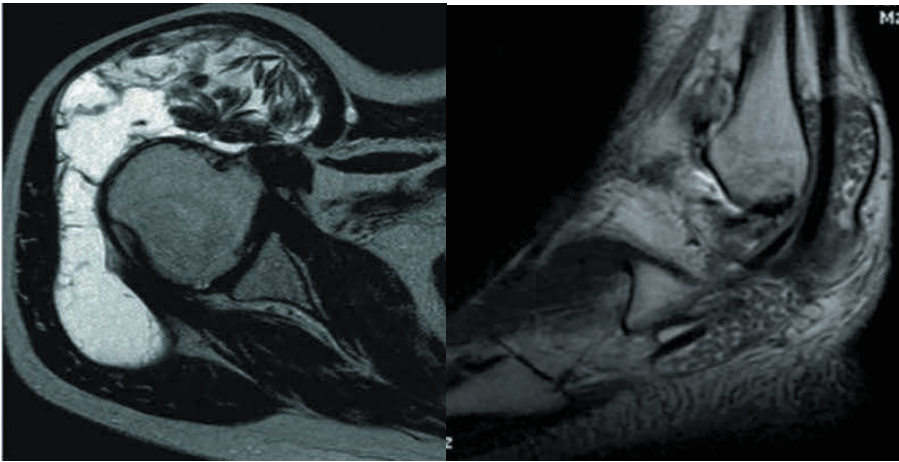
thanh âm tính; Viêm khớp do lao. Sinh bệnh học vẫn còn chưa rõ ràng [2]. Một số giả thuyết cho rằng thể hạt gạo nguồn gốc từ các vi nhồi máu của các tế bào màng hoạt dịch sau tình trạng viêm hoặc thiếu máu. Một giả thuyết khác cho rằng các thể gạo hình thành một cách độc lập trong dịch khớp và to lên do sự kết tụ của fibrin.

Giải phẫu bệnh đại thể là nhiều thể rời giống như hạt gạo trong bao hoạt dịch; trên vi thể: hoại tử màng hoạt dịch và lắng đọng fibrin (ở trung tâm), được bao quanh bởi nhiều cấu trúc dạng u hạt có tế bào khổng lồ, cùng với sự thâm nhiễm viêm rõ rệt của các tế bào lympho, tế bào plasma và đại thực bào.



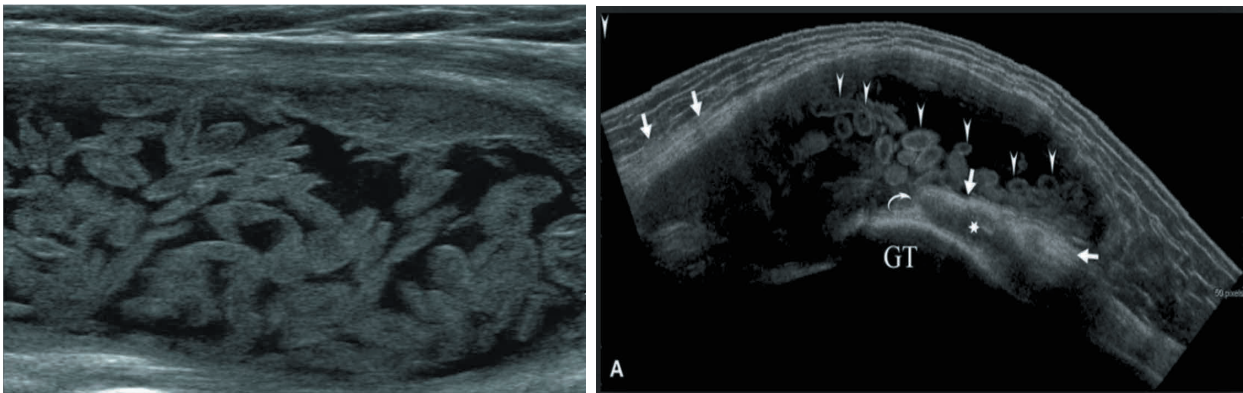
Hình 4. Hình ảnh GPB đại thể và vi thể của thể hạt gạo [2]

Sự hình thành các thể gạo đã được ghi nhận trong khớp, bao hoạt dịch và bao gân.



Hình 5. Thể hạt gạo trong bao khớp vai và trong bao gân mạc dài ngắn khớp cổ chân trên MRI [3]

Các thể gạo có hình dạng khác nhau đã được mô tả, thay đổi từ dạng nốt, dạng giọt nước đến dạng góc cạnh hoặc dạng mảnh, với kích thước đa dạng.



Hình 6. Hình ảnh siêu âm thể hạt gạo với các hình thái khác nhau trong bao khớp [3, 4]

2. Tổng quan Y văn**Bảng 1. Tổng kết y văn một số trường hợp báo cáo thể hạt gạo trong bao gân**

Tác giả (năm)	Giới tính/tuổi (năm)	Vị trí	Triệu chứng/thời gian	Xét nghiệm	Mô bệnh học	Cơ chế bệnh sinh
Baidoo et al (2018)	Nữ / 65	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động, CTS / 24 tháng	Tốc độ lắng máu 94 mm/h	U hạt, tế bào Langerhans	Lao (TB)
Celikyay et al (2018)	Nam / 34	Bao gân gấp	Không rõ	Không rõ	U hạt, hoại tử bã đậu	Lao (TB)
Gupta et al (2018)	Nữ / 50	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động / 9 tháng	Tốc độ lắng máu 50 mm/h	Không rõ	Lao (TB)
Hashimoto et al (2019)	Nam / 79	Bao gân gấp	Sưng / 3 tháng	Không rõ	Hoại tử bã đậu, tế bào Langerhans	Lao (TB)
Mohammed Reda et al (2019)	Nam / 69	Bao gân gấp	Đau, sưng, CTS / 24 tháng	Bình thường	Viêm không đặc hiệu	IT
Saraya et al (2018)	Nữ / 74	Bao gân gấp	Sưng, hạn chế vận động / 48 tháng	Tốc độ lắng máu 35 mm/h	U hạt	NTM
Kurra et al (2019)	Nữ / 44	Bao gân duỗi	Đau, sưng / 12 tháng	Không rõ	Viêm không đặc hiệu	Nấm Candida
Matcuk et al (2020)	Nam / 80	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động / 6 tháng	Tốc độ lắng máu 65 mm/h	Viêm không đặc hiệu	NTM
Pertea et al (2020)	Nữ / 65	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động, CTS / 2 tháng	Bình thường	U hạt dạng biểu mô, tế bào Langerhans	IT

Daoussis et al (2021)	Nữ / 63	Bao gân gấp	Không rõ	Không rõ	Không rõ	NTM
Tomala et al (2021)	Nữ / 86	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động, CTS / 24 tháng	Không rõ	Viêm không đặc hiệu	IT
Zeng et al (2018)	Nam / 67	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động / 24 tháng	CRP tăng: 32,8 mg/L	Viêm không đặc hiệu	IT
Li and Zhang et al (2019)	Nam / 55	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động / 36 tháng	Không rõ	Viêm không đặc hiệu	IT
Cheng et al (2020)	Nam / 41	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động, CTS / 0,5 tháng	Tốc độ lắng máu 17 mm/h	Không rõ	IT
Liang et al (2020)	Nữ / 45	Bao gân gấp	Đau, sưng, hạn chế vận động, CTS / 24 tháng	Bình thường	Viêm không đặc hiệu	IT
Liu et al (2021)	Nam / 56	Bao gân gấp	Đau, sưng, CTS / 24 tháng	Không rõ	Vùng hoại tử vô định hình, ưu axit rõ rệt	IT
Korkmaz et al (2022)	Nam / 42	Bao gân gấp	Đau, sưng / 24 tháng	Bình thường	Tổn thương dạng u hạt có hoại tử trung tâm	Lao (TB)

Bảng 2. Tổng kết một số trường hợp gấp trong bao khớp

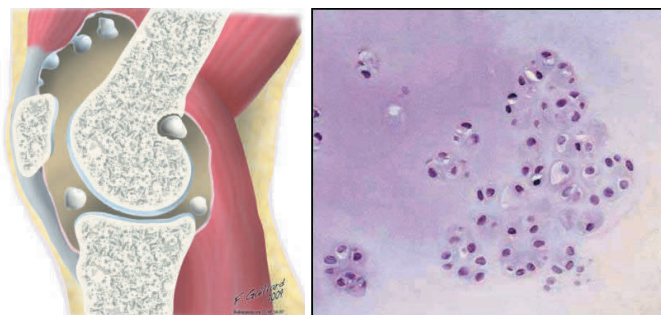
Tác giả (năm)	Giới tính / tuổi (năm)	Vị trí	Triệu chứng / thời gian	Xét nghiệm cận lâm sàng	Mô bệnh học	Cơ chế bệnh sinh
İbrahim Tuncay et al (2002)	Nam / 21	Khớp gối	Sưng, đau từng đợt	Bình thường; xét nghiệm viêm và thấp (fibrin)cao	Fibrin tích tụ dạng cấu trúc	Có thể do viêm mãn không rõ nguyên nhân
Trương et al (2020) – (TB khớp gối)	Nam / 53	Khớp gối	Sưng, đau 7 tháng	Phương pháp thường, RF âm tính; MRI thấy nhiều rice bodies (5–8 mm)	Không mô bệnh học chi tiết	Lao khớp
Tuan Ho X et al (2024)	Nữ / 71	Khớp vai	Đau, cứng khớp/12 tháng	Tăng máu lắng, CRP, test IGRA Dương tính	Tổn thương dạng u hạt có hoại tử trung tâm	Lao (TB)

Tổng quan y văn trên thế giới cho thấy phần lớn thể hạt gạo gấp trong bao gân (49 trường hợp) nhiều hơn gấp hơn 5 lần so với trong bao khớp (9 trường hợp). Các nguyên nhân phổ biến nhất là viêm không đặc hiệu, mycobacteria không điển hình (12/58 - 21%), lao (11/58 - 19%), ngoài ra các nguyên nhân khác như viêm

khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp thiếu niên... Trong tổn thương ở bao gân thì phần lớn các ca gặp ở bao gân gấp (47/49 – 96%), chỉ gặp 2 trường hợp ở gân duỗi. Trong tổn thương ở bao khớp thì khớp gối và khớp vai là các khớp hay gặp thể hạt gạo nhất, tiếp sau đó là khớp cổ tay.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý sụn màng hoạt dịch - Synovial chondromatosis
- Viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố - Pigmented villonodular synovitis
- U mỡ dạng cây bao hoạt dịch - Lipoma arborescens



Hình 7. Sơ đồ minh họa tổn thương bệnh lý sụn màng hoạt dịch và hình ảnh vi thể (5,6)

Trên hình ảnh MRI: T1-weighted, các mảnh sụn tự do thường có tín hiệu thấp, nhưng vẫn cao hơn mô cơ, phản ánh tính chất trung gian về mật độ mô. Trên hình ảnh T2-weighted, các mảnh sụn tự do thể hiện tín hiệu

cao, đặc trưng cho hàm lượng nước cao trong mô sụn.

Ghi nhớ: Tín hiệu cao trên T2W là một đặc điểm điển hình giúp nhận diện mô sụn trên MRI, đặc biệt trong các trường hợp như synovial chondromatosis



Hình 8. Hình ảnh X quang và MRI của bệnh nhân nam 36T, bị bệnh lý xương sụn màng hoạt dịch với biểu hiện sưng đau khớp gối, không có tiền sử chấn thương. Trên ảnh chụp X quang khớp gối cho thấy nhiều nốt vôi hóa lan tỏa theo đường đi của bao hoạt dịch. Trên ảnh chụp cộng hưởng từ đứng dọc - Sagittal T2W và cắt ngang - axial PDFS cho thấy các cấu trúc tăng tín hiệu - tín hiệu trung gian hỗn hợp dạng sụn, một số nốt giảm tín hiệu dạng vôi hóa bám trên thành bao hoạt dịch hơn là phân bố lan tỏa trong toàn bộ dịch khớp giúp chẩn đoán phân biệt với thể hạt gạo.

Bảng 1. Các dấu hiệu phân biệt thể hạt gạo và tổn thương sụn hóa màng hoạt dịch

Dấu hiệu	Thể hạt gạo - Rice body	Sụn hóa màng hoạt dịch - Synovial chondromatosis
Xq	Bình thường	Giai đoạn sớm: bình thường Giai đoạn muộn: các hạt vôi hóa
Siêu âm	Các thể rời trong khớp	Các nốt vôi hóa có thể có bóng cản
T1W	➤ Đồng hoặc giảm tín hiệu	➤ Đồng hoặc tăng nhẹ tín hiệu
T2W	➤ Đồng hoặc giảm tín hiệu	➤ Tăng tín hiệu
Phân bố	➤ Lan tỏa	➤ Thường ở ngoại vi
Phân biệt rõ so với mô xung quanh trên T2W	➤ Rõ trên T2W	➤ Khó
Hình dạng và kích thước	➤ Thường đồng nhất	➤ Thường đa dạng

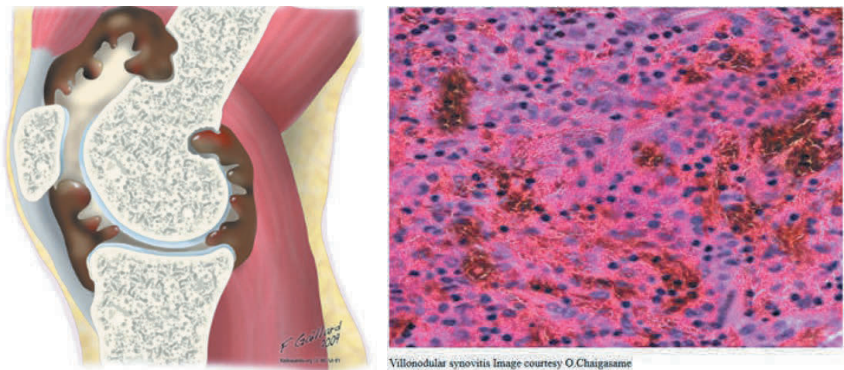
3.2. Viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố - Pigmented villonodular synovitis

Viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố - Pigmented Villonodular Synovitis (PVNS) là một thể của u tế bào khổng lồ bao gân và màng hoạt dịch (tenosynovial giant cell tumor-TGCT), trong đó tổn thương lan tỏa và ảnh hưởng đến lớp mô mềm lót khớp và bao gân. PVNS xâm lấn mạnh hơn, có xu hướng tái phát cao hơn sau phẫu thuật so với TGCT. Màu sắc dịch khớp: Thường có màu nâu sẫm hoặc dạng máu (do chảy máu trong khớp).

Đặc điểm bệnh lý: Lắng đọng hemosiderin là kết

quả của quá trình chảy máu khớp tái diễn. Khi máu tràn vào khớp nhiều lần, hemoglobin bị phân hủy và chuyển thành sắt (iron), tích tụ thành các kho chứa hemosiderin trong mô quanh khớp. Mô bị lắng đọng hemosiderin chính là biểu hiện trực tiếp của tình trạng xuất huyết khớp mạn tính (hemarthrosis) trong bệnh PVNS. Do vậy trên lâm sàng thường bệnh nhân có nhiều đợt bệnh lý tái diễn.

Trên giải phẫu bệnh vi thể gồm nhiều tế bào đơn nhân (mononuclear cells), đại thực bào chứa nhiều hemosiderin (sắc tố sắt), tế bào khổng lồ đa nhân kiểu hủy cốt bào (osteoclast-type giant cells)

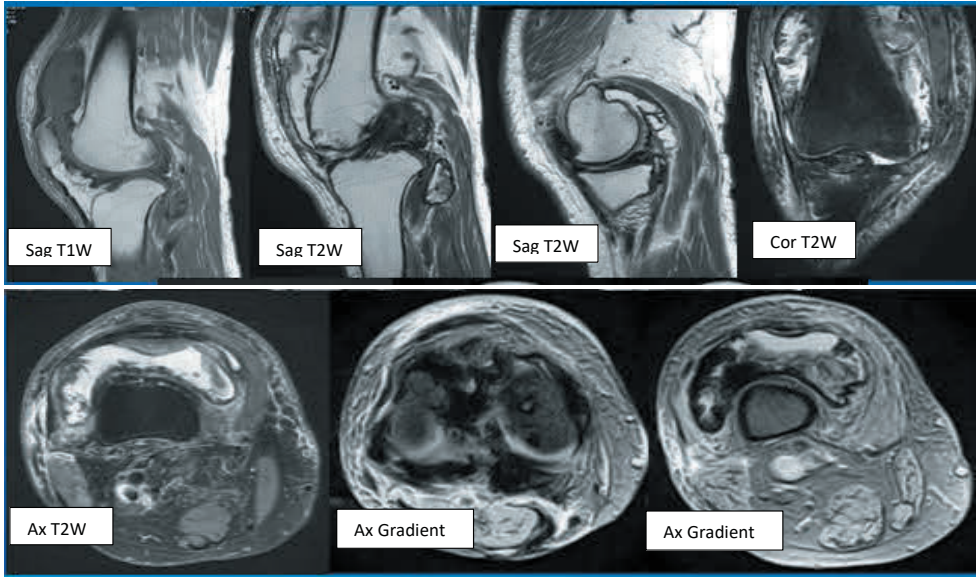


Hình 9. Sơ đồ minh họa tổn thương bệnh lý sụn màng hoạt dịch và hình ảnh vi thể [7], [8]

Trên chẩn đoán hình ảnh: hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy màng hoạt dịch dày lên xuất hiện dưới dạng khối mô mềm, có sự hiện diện của hemosiderin, sự vôi hóa rất hiếm gặp. Trên cộng hưởng từ: Màng hoạt dịch dày dạng khối với các đường viền có thùy, có thể là dạng lan tỏa hoặc nốt đơn rõ ràng, T1 và T2W tín hiệu thấp do sự lắng đọng hemosiderin. Trên chuỗi xung gradien echo

- GE: Hiện tượng nhiễu do tác động của artefact trên các chuỗi gradient echo.

Các thể gao khác với viêm màng hoạt dịch dạng u nhú (villonodular synovitis) ở chỗ không có sự lắng đọng hemosiderin, đây là điểm giúp ích trong chẩn đoán phân biệt.



Hình 10. Hình ảnh MRI của bệnh nhân nữ, 61 tuổi, đau khớp gối mạn tính, đã điều trị nội khoa nhưng không đỡ, tổn thương nổi bật trên tất cả các chuỗi xung là giảm tín hiệu lan tỏa của màng hoạt dịch, đặc biệt trên các chuỗi xung cắt ngang gradient có hiện tượng nhiễu ảnh - blooming artefact điển hình. Bệnh nhân được chọc hút dịch khớp gối ra dịch máu, chẩn đoán GPB viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố.

3.3. U mỡ dạng cây bao hoạt dịch - Lipoma arborescens

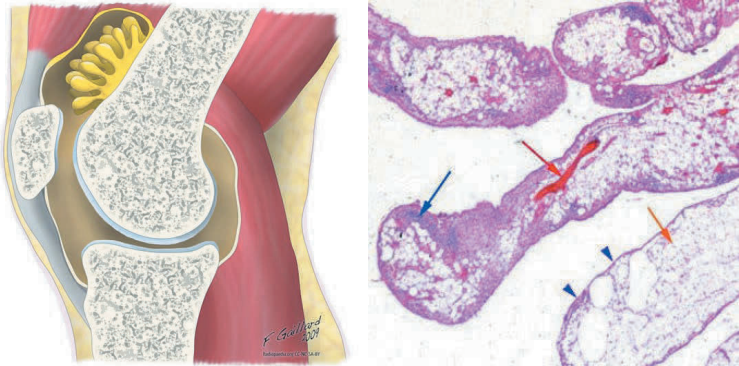
Sự tăng sinh mỡ dạng nhung dưới màng hoạt dịch

là một phản ứng hiếm gặp đối với tình trạng kích thích màng hoạt dịch mạn tính, dù nguyên nhân là cơ học hay viêm. Tình trạng này thường được phát hiện ở các khớp bị viêm khớp mạn tính, phổ biến nhất là ở túi cùng trên

xương bánh chè của khớp gối, nhưng cũng có thể gặp ở các khớp khác, bao hoạt dịch và thậm chí cả bao gân. Đôi khi quá trình này phát triển thành dạng khối rõ rệt hơn và khi đó thuật ngữ u mỡ dạng cây (lipoma arborescens) trở nên phù hợp hơn. Không nên nhầm lẫn nó với u tân

sinh hoặc các bệnh lý khác.

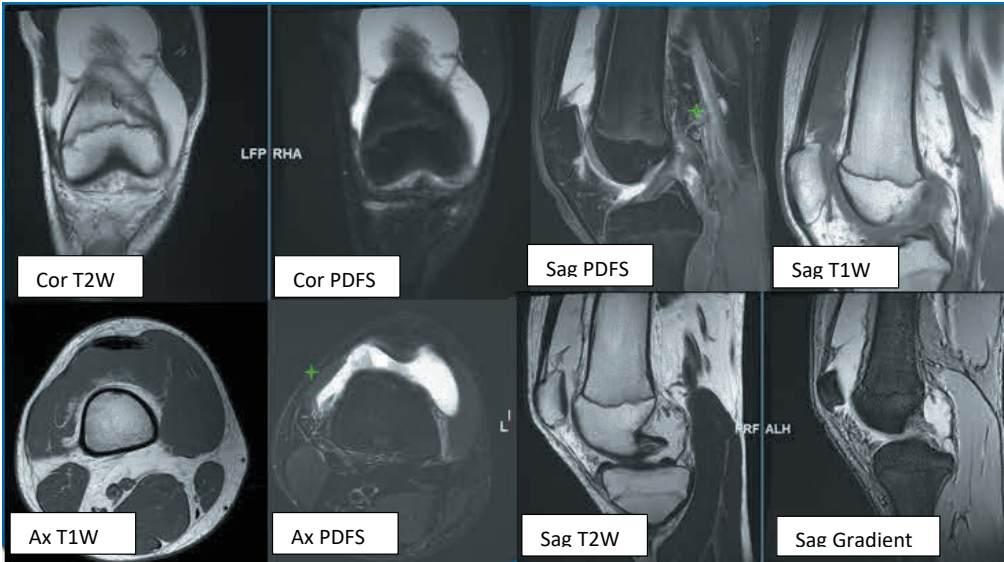
Dưới kính hiển vi, có hiện tượng tăng sản màng hoạt dịch kèm theo các tế bào viêm mạn tính rải rác và sự lắng đọng dày đặc của các tế bào mỡ trưởng thành trong mô dưới màng hoạt dịch.



Hình 11. Sơ đồ minh họa tổn thương bệnh lý u mỡ dạng cây và hình ảnh vi thể (9,10).

Trên hình ảnh MRI cho thấy các vùng giống như lá nhô vào bên trong từ màng hoạt dịch với tín hiệu tương đương mô mỡ trên tất cả các chuỗi xung. Nếu tiêm thuốc cản quang Gadolinium tĩnh mạch, có thể thấy hiện tượng ngấm thuốc ở màng hoạt dịch bị viêm mạn tính, nhưng không có hiện tượng ngấm thuốc ở mô mỡ bên dưới [11]. Sự tăng sinh mô mỡ có thể phát triển đến mức tạo thành

một khối u, nhưng thường phổ biến là các trường hợp nhẹ với tăng sinh dạng nhung lan tỏa, các nhung mao có thể nhỏ và mảnh như lông vũ hoặc có thể lớn hơn dưới dạng thùy mỡ [11]. Tình trạng ăn mòn xương có thể là do u mỡ dạng cây (lipoma arborescens), mặc dù chúng thường do tổn thương viêm khớp gây ra [11].



Hình 12. Hình ảnh MRI của bệnh nhân nữ, 54 tuổi, đau khớp gối mạn tính, không có tiền sử chấn thương. Hình ảnh MRI cho thấy hình ảnh tràn dịch khớp và bao quanh mô dạng tua rõ rệt nhô vào bên trong. Mô dạng tua này có tín hiệu cao trên T1W, T2W, phù hợp với mô mỡ.

3.4. Điều trị [12, 13, 14]

Điều trị thể hạt gạo (rice bodies) phụ thuộc vào mức độ triệu chứng và bệnh lý nền đi kèm. Trong đa số trường hợp, rice bodies xuất hiện thứ phát sau các tình trạng viêm hoạt dịch mạn tính, do đó xử trí bệnh nguyên là yếu tố then chốt. Điều trị bảo tồn bao gồm dùng thuốc kháng viêm, kiểm soát bệnh lý nền (như viêm khớp dạng thấp), thuốc điều trị lao trong các trường hợp nguyên nhân do lao và chọc hút - tiêm nội khớp khi cần thiết. Tuy nhiên, khi rice bodies số lượng nhiều gây sưng nề kéo dài hoặc hạn chế vận động đáng kể, can thiệp ngoại khoa thường được cân nhắc. Nội soi rửa khớp hoặc bóc tách bao hoạt dịch kết hợp lấy toàn bộ rice bodies giúp cải thiện triệu chứng rõ rệt và hạn chế tái phát.

Việc chẩn đoán phân biệt chính xác với các bệnh lý hoạt dịch khác có vai trò đặc biệt quan trọng, bởi hướng điều trị giữa các bệnh lý này là khác nhau. Trong bệnh lý sụn màng hoạt dịch (synovial chondromatosis), các nốt sụn hóa và cốt hóa phát triển trong bao hoạt dịch thường đòi hỏi cắt bỏ màng hoạt dịch kèm loại bỏ các thể sụn; nếu không xử trí triệt để, bệnh có xu hướng tái phát. Tương tự, viêm màng hoạt dịch thể lỏng nốt sắc tố (PVNS/TGCT) là bệnh tăng sinh hoạt dịch mang tính tân sinh lành tính, cần điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ hoạt

dịch triệt để, đôi khi kết hợp xạ trị bổ sung cho thể lan tỏa. U mỡ dạng cây (lipoma arborescens), một bệnh lý thoái hóa mạn tính với tăng sinh mô mỡ hoạt dịch, điều trị nội khoa thường không mang lại hiệu quả đáng kể, thường được điều trị bằng nội soi cắt bỏ hoạt dịch, và hiếm khi tái phát sau can thiệp.

Do cơ chế bệnh sinh và đặc điểm mô học của các nhóm bệnh này khác nhau, hướng điều trị cũng hoàn toàn không đồng nhất. Vì vậy, việc nhận diện đúng thể hạt gạo trên hình ảnh học - đặc biệt MRI - và phân biệt chính xác với các bệnh lý hoạt dịch tăng sinh khác là rất quan trọng, nhằm tránh điều trị không phù hợp, đồng thời đảm bảo lựa chọn phương pháp can thiệp tối ưu cho từng bệnh cảnh.

IV. KẾT LUẬN

- Thể hạt gạo (Rice body) là dấu hiệu hình ảnh học quan trọng nhưng không đặc hiệu. Thường gặp ở: viêm khớp mạn tính hoặc viêm khớp do lao. Hình ảnh rõ ràng trên xung T2W.
- MRI giúp định hướng chẩn đoán, tránh nhầm lẫn với tổn thương khác của màng hoạt dịch, từ đó giúp bác sĩ lâm sàng có hướng điều trị đúng và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reise H. Die Reiskorpschen in tuberculserkrankensynovialsack. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1895;42:1.
2. Raju KP, Mohan Kumar J, Shetty R. Tuberculous tenosynovitis of ankle with rice bodies. Foot Ankle Online J. 2013;6(10). doi:10.3827/faoj.2013.0610.001
3. Kichari JR, Bezooijen R. Flake-shaped rice bodies. S Afr J Radiol.doi:10.7196/SAJR.725
4. Huang CC, Ko SF, Weng LH, et al. Sonographic demonstration of hyperechoic fibrin coating of rice bodies in trochanteric bursitis. J Ultrasound Med. 2006;25(5):667-670. doi:10.7863/jum.2006.25.5.667
5. Habusta SF, Mabrouk A, Tuck JA. Synovial chondromatosis.
6. O'Connell JX. Pathology of the synovium. Am J Clin Pathol. 2000;114:773-784.
7. Burton TM, Ye X, Parker ED, Bancroft T, Healey J. Burden of illness associated with tenosynovial giant cell tumors. Clin Ther. 2018;40(4):593-602.e1.
8. Staals EL, Ferrari S, Donati DM, Palmerini E. Diffuse-type tenosynovial giant cell tumour: current treatment concepts and future perspectives. Eur J Cancer. 2016;63:34-40.

9. Murphey MD, Carroll JF, Flemming DJ, Pope TL, Gannon FH, Kransdorf MJ. Benign musculoskeletal lipomatous lesions. Radiographics. 2004;24(5):1433-1466.
10. Bodor D. Lipoma arborescens.
11. Ryu KN, Jaovisidha S, Schweitzer M, Motta AO, Resnick D. MR imaging of lipoma arborescens of the knee joint. AJR Am J Roentgenol. 1996;167(5):1229-1232.
12. Popert AJ, Scott DL, Wainwright AC, et al. Frequency of occurrence, mode of development, and significance of rice bodies.
13. Tan CHA, Rai SB, Chandy J. MRI appearances of multiple rice body formation in chronic subacromial and subdeltoid bursitis, in association with synovial chondromatosis. Clin Radiol. 2004;59:753-757.
14. Roberts D, Miller TT, Erlanger SM. Sonographic appearance of primary synovial chondromatosis of the knee. J Ultrasound Med. 2004;23:707-709.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày một vài trường hợp thể hạt gạo trong khớp, phân tích đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, nguyên nhân, các chẩn đoán phân biệt và hướng tiếp cận điều trị.

Phương pháp: Báo cáo các ca bệnh có hình ảnh MRI điển hình, kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng, đối chiếu với kiến thức tổng quan y văn.

Kết quả: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm màng hoạt dịch thể hạt gạo do lao và do viêm khớp dạng thấp, xử trí bằng nội soi khớp và điều trị nội khoa. Các ca lâm sàng chẩn đoán phân biệt gồm bệnh lý sụn màng hoạt dịch, viêm màng hoạt dịch thể lông nốt sắc tố, u mỡ dạng cây.

Kết luận: Thể hạt gạo - Rice body là biểu hiện không đặc hiệu, có thể gặp trong nhiều bệnh lý, MRI là phương tiện chẩn đoán quan trọng giúp phân biệt với các nguyên nhân khác.

Từ khóa: thể hạt gạo, MRI, khớp, màng hoạt dịch

Người liên hệ: Nguyễn Quỳnh Giang; Email: dr.quynhgiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/10/2025. Ngày nhận phản biện: 03/11/2025. Ngày chấp nhận đăng: 05/02/2026