

## BÁO CÁO LÂM SÀNG NHIỄM MYCOBACTERIUM ABSCESSUS SAU PHẪU THUẬT HÚT MỠ KẾT HỢP CẮY MỠ TỰ THÂN

Hoàng Thanh Tuấn, Vũ Quang Vinh, Trần Văn Anh,  
Nguyễn Văn Hạ, Nguyễn Anh Ngọc, Lưu Đăng Ái

*Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác*

### TÓM TẮT

*Nhiễm trùng Mycobacteria tăng trưởng nhanh ở da và mô mềm gây ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật thẩm mỹ và di chứng không hồi phục. Điều trị bao gồm phẫu thuật thêm và điều trị kháng sinh kéo dài dưới chỉ dẫn của thử nghiệm nhạy cảm thuốc. Chúng tôi báo cáo các trường hợp nhiễm trùng Mycobacterium abscessus vùng phẫu thuật sau hút mỡ, bơm mỡ tự thân tại cơ sở thẩm mỹ được cho là lây nhiễm trong quá trình quá trình phẫu thuật.*

**Từ khoá:** *Mycobacterium abscessus, cắt mỡ tự thân*

### SUMMARY

*Rapidly growing Mycobacterial skin and soft tissue infections are known to complicate cosmetic surgical procedures. Treatment consists of more surgery and prolonged antibiotic therapy guided by drug susceptibility testing. Paradoxical reactions occurring during antibiotic therapy can further complicate the treatment of non-tuberculous mycobacterial infections. We report a case of post-liposuction Mycobacterium abscessus surgical site infection in a returned medical tourist and the occurrence of paradox during treatment.*

**Keywords:** *Mycobacterium abscessus,*

### 1. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

**Ca số 1:** Bệnh nhân nữ 32 tuổi, không có suy giảm miễn dịch, đã thực hiện hút mỡ nách, đùi, lưng - bụng lần hai và cấy mỡ mỡ vào 22/04/2022. Phẫu thuật tiến hành dưới gây mê nội khí quản trong thời

gian 2,5 giờ, lượng mỡ hút ra khoảng 1800ml thông qua hệ thống bình hút áp lực âm, quá trình lọc mỡ bằng phương pháp để lắng tự nhiên trong xilanh 50ml, với lượng cấy 1500ml cho hai bên mỡ bằng cannula hút mỡ 3 lỗ, trước phẫu thuật dùng kháng sinh dự phòng Unasyn).

Bệnh nhân cho biết vùng mỡ hai bên xuất hiện nhiều ổ viêm sưng, đỏ, đau sau một tháng phẫu thuật (Hình 1A). Bệnh nhân đã tới đơn vị thẩm mỹ tái khám và được kê đơn điều trị ngoại trú

<sup>1</sup>Chịu trách nhiệm: Hoàng Thanh Tuấn, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

Email: tuanht.vb@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/11/2023; Ngày phản biện:

17/11/2023; Ngày duyệt bài: 20/11/2023

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.5.2022.176>

trong hai tuần bao gồm Ciprobay 1g/ngày và Unasyn 750mg/ngày. Các ổ viêm đỏ, đau vẫn kéo dài dai dẳng, khiến bệnh

nhân khó chịu mặc dù đã sử dụng kháng sinh theo đơn suốt hai tuần.



**Hình 1.** A) Nhiều ổ viêm đỏ rải rác hai bên mông sau một tháng phẫu thuật.  
 B) Các vết thương được chích, nặn dịch, bơm rửa đặt dẫn lưu khi nhập viện.  
 C) Các ổ viêm đỏ tái phát rải rác hai bên mông.  
 D) Hiện tại không còn các ổ viêm, vùng mông nhiều vết thâm, xơ cứng.

Bệnh nhân nhập viện Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác ngày 08/06/2022, được đánh giá lâm sàng, X-quang, siêu âm cho thấy có các ổ áp xe dưới da rải rác hai bên mông. Bệnh nhân được phẫu thuật chích rạch tại chỗ, nạo ổ viêm, bơm rửa kháng sinh, đặt dẫn lưu (Hình 1B) và tiếp tục sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm Unasyn 3g truyền tĩnh mạch, Ciprobay 400mg truyền tĩnh mạch chậm. Mủ từ ổ áp xe không phân lập được bất kì vi khuẩn nào trên môi trường nuôi cấy thông thường. Sau hai tuần điều trị, các ổ viêm mới đỏ, đau tiếp tục xuất hiện ở vùng mông hai bên.

Bệnh nhân được dùng bổ sung kháng sinh Tienam 1g/ngày vào phác đồ. Bác sĩ điều trị quyết định rút dẫn lưu, chích nạo ổ áp xe triệt để giảm tác nhân viêm. Cấy khuẩn mủ vết thương trên môi trường nuôi cấy thông thường vẫn âm tính. Sau khi tham vấn về các bệnh nhiễm trùng, *Mycobacteria* tăng trưởng nhanh và nấm được xem như các nguyên nhân tiềm năng. Thử nghiệm kháng thể HIV cho kết quả âm tính. Thử nghiệm trực khuẩn kháng cồn kháng acid (acid-fast bacilli) (AFB) đã được xác định dưới kính hiển vi đối với mô tổn thương được cắt lọc. Sự tăng trưởng của các nhóm *Mycobacteria* đã xuất hiện trong vòng một tuần, mà sau đó xác định là *Mycobacterium abscessus*.

Thử kháng sinh đồ còn nhạy cảm với Amikacin và Clarithromycin, nhạy cảm trung gian với Fluroquinolon, Imipenem và Sulfamethoxazole, đề kháng với Penicillin, Doxycycline.

Bệnh nhân được khởi động lại phác đồ vào 19/6/2022 bằng Amikacin 750mg tiêm tĩnh mạch mỗi ngày, Ciprobay 800mg truyền tĩnh mạch mỗi ngày, Sulfamethoxazole 400g đường uống hai lần mỗi ngày và Clarithromycin 500mg đường uống hai lần mỗi ngày.

Bệnh nhân vẫn kết hợp chích nặn triệt để các ổ áp xe nếu xuất hiện. Kháng sinh Amikacin được dùng sau ba tuần, trên lâm sàng vẫn tái phát các ổ viêm mới (Hình 1C). Một quá trình điều trị hai tuần kết hợp với corticoid liều 1mg/kg/ngày được khởi động. Kết quả giải quyết được hầu hết ổ viêm, xuống liều 1mg mỗi tuần cho tới hết vào cuối tháng 9. Bệnh nhân hoàn tất 4 tháng điều trị bằng Clarithromycin và Ciprobay, kết hợp chích nạo giải phóng ổ áp xe, giải quyết hoàn toàn được nhiễm trùng. Không có bằng chứng tái phát *Mycobacteria* tăng trưởng nhanh cho đến thời điểm hiện tại (Hình 1D).

**2. Ca số 2:** Bệnh nhân nữ 43 tuổi, không có suy giảm miễn dịch, đã thực hiện phẫu thuật hút mỡ bụng, lưng lần hai và bơm mỡ hóp mông vào ngày 09/05/2022. Quá trình phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản trong 2 giờ, lượng mỡ hút 1200ml qua hệ thống bình hút áp lực âm, quá trình lọc mỡ bằng phương pháp để lắng tự nhiên trong xi lanh 50ml, với lượng cấy 1000ml cho ca 2 bên mông bằng cannula hút mỡ 3 lỗ.

Xuất hiện các ổ viêm nóng đỏ đau rải rác hai bên mông sau phẫu thuật thẩm mỹ một tháng. Các ổ viêm dai dẳng khiến bệnh nhân thấy khó chịu mặc dù đã được dùng kháng sinh trong hai tuần bao gồm Unasyn, Ciprobay, giảm viêm bằng corticoid.

Bệnh nhân đã nhập viện vào 16/06/2022, qua đánh giá lâm sàng, X-quang, siêu âm cũng cho thấy các ổ áp xe dưới da rải rác ở vùng mông hai bên (Hình 2A). Tiến hành chích nạo, bơm rửa các ổ áp xe, đặt dẫn lưu, nuôi cấy dịch mủ không phân lập được bất kì vi khuẩn nào trên môi trường nuôi cấy thông thường.



**Hình 2.** A) Nhiều ổ viêm đỏ rải rác hai mông khi bệnh nhân nhập viện.  
B) Các ổ áp xe xuất tiết dịch mủ sau khởi động phác đồ với Clarithromycin.

Một đợt kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch, giảm viêm, giảm nề được sử dụng trên bệnh nhân nhằm bao vây các tác nhân được cho là lây nhiễm trong quá trình phẫu thuật bao gồm Unasyn, Ciprobay, Tienam, Anpha choay trong một tuần. Kết quả điều trị không thay đổi, thậm chí xuất hiện thêm nhiều ổ viêm mới.

Bác sĩ điều trị quyết định rút dẫn lưu, cắt lọc mô viêm thử nghiệm trực khuẩn kháng cồn kháng acid (acid fast bacilli), xác định được *Mycobacterium abscesus*. Thử độ nhạy bằng Etest cho thấy nhạy cảm invitro với Amikacin, Clarithromycin và Ciprobay nhạy cảm trung gian với Linezolid, Imipenem và đề kháng với Sulfamethoxazole và Doxycycline.

Khởi động lại phác đồ vào đầu tháng 7/2022 bằng Amikacin 750mg tiêm tĩnh mạch mỗi ngày, Ciprobay 800mg truyền

tĩnh mạch mỗi ngày, và Clarithromycin 500mg đường uống hai lần mỗi ngày. Dự kiến các thuốc ngoài đường tiêu hóa sẽ được cho trong 6 tuần cùng với clarithromycin sau đó là ít nhất 4 - 6 tháng.

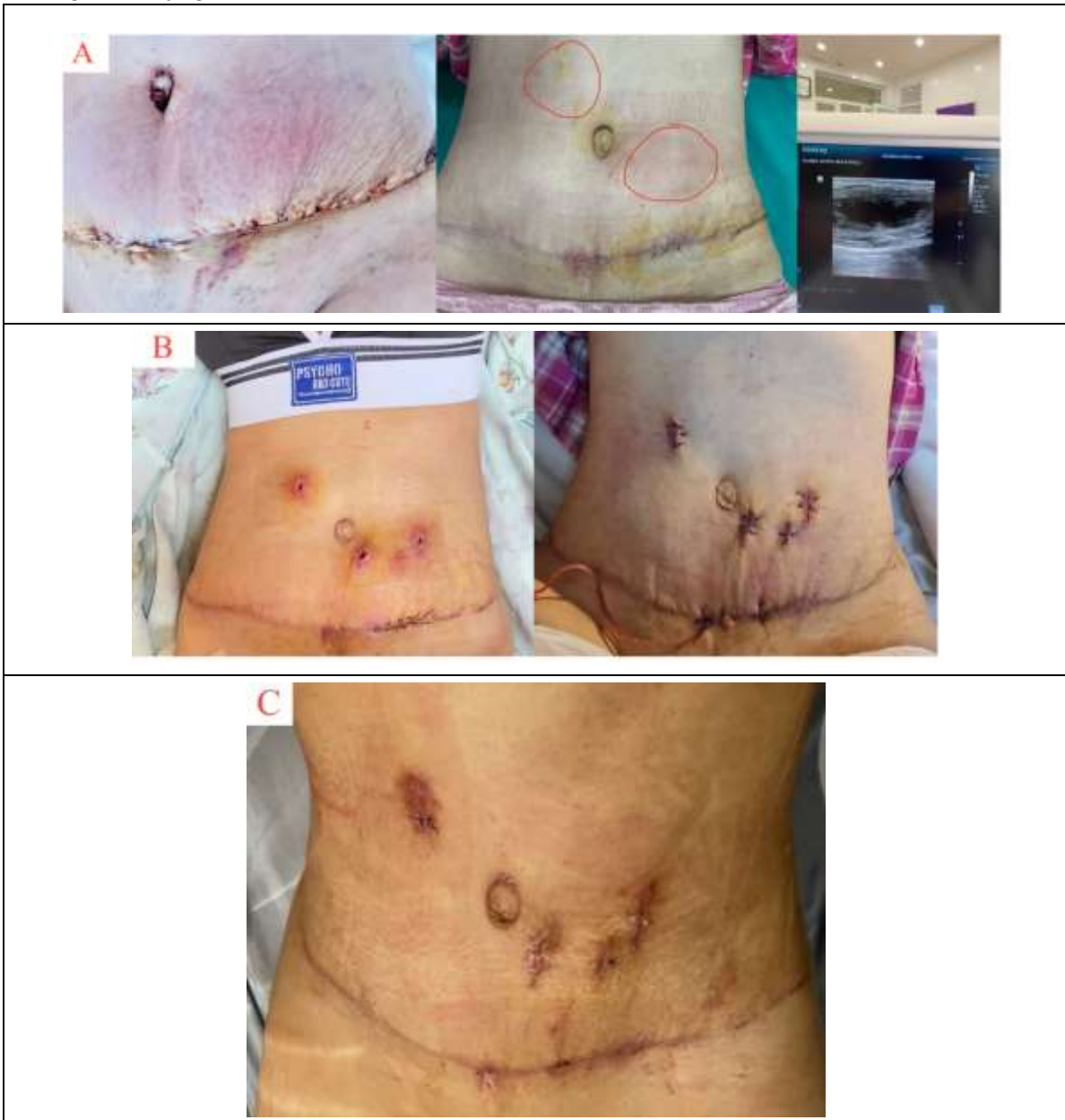
Trong vòng 3 tuần từ khi bắt đầu điều trị kháng sinh, các ổ viêm mới đã phát triển thêm (Hình 2B). Amikacin được dừng sau đó 3 tuần do những tác dụng không mong muốn tới tiền đình và thận. Các ổ viêm vẫn tiếp tục được xử lý nạo bỏ bơm rửa nhằm loại bỏ bớt tác nhân. Medrol liều 1mg/kg/ngày được khởi động điều trị kết hợp với hai loại kháng sinh còn lại. Dự kiến sẽ giảm liều dần 1mg sau mỗi tuần nhằm hạn chế tác dụng phụ lên tuyến thượng thận.

Sau kết hợp 2 tuần loại bỏ gần hết ổ viêm và Medrol liều thấp, Clarithromycin, Ciprobay, tiếp tục được điều trị kết hợp

chích nạo ổ áp xe mới từng đợt kéo dài cho tới cuối tháng 10. Hiện tại các ổ viêm được giải quyết triệt để, không có bằng chứng tái phát *Mycobacterium abscessus* trên lâm sàng và vi sinh.

phẫu thuật tạo hình thành bụng, hút mỡ eo, hông vào ngày 1/7/2022. Bệnh nhân cho biết xuất hiện tình trạng viêm đỏ nhiều vị trí ở bụng sau phẫu thuật 1 tuần kèm chảy dịch tại vết mổ bụng dưới (Hình 3A).

**3. Ca số 3:** Bệnh nhân nữ 32 tuổi, không có suy giảm miễn dịch, thực hiện



**Hình 3.** A) xuất hiện các ổ viêm, rò rỉ qua vết mổ sau phẫu thuật một tuần.  
 B) Các ổ áp xe đã vỡ mũ rỉ rác trên thành bụng.  
 C) Hiện tại không xuất hiện ổ viêm mới, các ổ áp xe cũ vẫn còn rỉ rả dịch mũ.

Bác sĩ cũng đã kê kháng sinh điều trị ngoại trú theo kinh nghiệm trong hai tuần bao gồm Ciprobay, Unasyn và Medrol, tuy nhiên các ổ viêm vẫn chảy mủ dai dẳng gây khó chịu cho bệnh nhân. Bệnh nhân đã nhập viện điều trị ngày 3/9/2022.

Qua thăm khám lâm sàng, kết hợp hình ảnh siêu âm phát hiện nhiều ổ áp xe dưới da rải rác bụng trên và dưới, rò mủ qua vết mổ tạo hình thành bụng (Hình 3B). Tiến hành nạo áp xe, bơm rửa kháng sinh, đặt dẫn lưu qua vết mổ tạo hình thành bụng. Dịch mủ không phân lập được vi khuẩn trên môi trường nuôi cấy thông thường, tuy nhiên soi thử nghiệm trực khuẩn kháng cồn kháng acid (AFB), xác định được cụ thể là phân loài *Mycobacterium abscessus*.

Thử kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn nhạy cảm với Amikacin, Clarithromycin, Metronidazole, tienam, đề kháng với Fluroquinolon, Sulfamethoxazole và Doxycycline. Khởi động lại phác đồ mới bao gồm Amikacin 750mg tiêm tĩnh mạch mỗi ngày, Tienam 1g/ngày truyền tĩnh mạch mỗi ngày, Clarithromycin 500mg đường uống hai lần mỗi ngày, Medrol liều 1mg/kg/ngày uống buổi sáng mỗi ngày. Kết hợp tại chỗ đắp vật liệu chứa nano Bạc (Aquacel), chích nạo ổ áp xe từng đợt giảm tác nhân viêm. Amikacin và Tienam được dừng sau 3 tuần. Clarithromycin đơn trị liệu tiếp tục sử dụng, giảm liều dần Medrol cho tới hiện tại. Dự kiến Corticoid liều thấp cùng các thuốc bảo vệ đường tiêu hóa được cho trong vòng 6-8 tuần cùng với Clarithromycin trong vòng 6 tháng. Hiện nay các ổ áp xe không còn dịch mủ, không xuất hiện thêm các ổ viêm mới (Hình 3B). Và kết quả vi sinh từ các ổ áp xe cũ cho thấy không có bằng chứng của sự xuất hiện *Mycobacteria* tăng trưởng nhanh. Như vậy, bệnh nhân được coi là đang đáp ứng

tốt với điều trị bằng Clarithromycin và Corticoid liều thấp.

#### 4. BÀN LUẬN

Các case lâm sàng trên minh họa nhiễm trùng vùng phẫu thuật thẩm mỹ do *Mycobacteria* tăng trưởng nhanh. Nghiên cứu bùng nổ nhiễm trùng *Mycobacteria* tăng trưởng nhanh thường thất bại trong việc xác định nguyên nhân [1]. Tuy nhiên, kiểm soát nhiễm trùng kém tối ưu và hệ thống giám sát phẫu thuật thẩm mỹ tại một số phòng khám thẩm mỹ không thích hợp thường chịu trách nhiệm vấn đề này [2, 3]. Cụ thể, bệnh nhân không được tắm kỹ bằng dung dịch sát trùng da, sử dụng nước không vô trùng để rửa dụng cụ phẫu thuật, tái sử dụng catheter hút mỡ, Catheter bơm mỡ không được cọ rửa sạch, thiếu hấp tiệt trùng đúng cách (Autoclaving), quy trình hút mỡ - lọc mỡ - cấy mỡ không khép kín và thất bại trong việc sử dụng các chất khử nhiễm thích hợp đều có liên quan [11, 13].

Các trường hợp trên đều ủ bệnh trung bình 4 - 6 tuần, thời gian ủ bệnh dài, thiếu các đặc điểm toàn thân và khởi đầu điều trị bằng kháng sinh kinh nghiệm trong thời gian dài dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán [13]. Điều trị nhiễm trùng *M. abscessus* da và mô mềm có thể là một thách thức. Cần phối hợp cắt lọc phẫu thuật và trị liệu bằng thuốc kháng sinh [8, 9].

Phẫu thuật là rất quan trọng trong việc làm giảm gánh nặng bệnh tật, khi liệu pháp dùng thuốc có liên quan đến nhiều hạn chế đáng kể (Thời gian điều trị không được chuẩn hóa, và điều trị kéo dài) [11]. Phối hợp trị liệu thường cần thiết để ngăn ngừa xuất hiện đề kháng [12].

Thứ hai, liệu nhạy với thuốc *in vitro* không phải đáng tin để dự đoán đáp ứng

điều trị và phương pháp phân tử như xác định gene *erm* hỗ trợ quyết định sử dụng liệu pháp macrolide để điều trị thời gian dài [11, 13].

Thứ ba, liệu pháp kháng sinh có thể bị phức tạp thêm do các phản ứng có hại của thuốc liên quan tới sử dụng kéo dài.

Ở 3 trường hợp trên chúng tôi đã phối hợp cắt lọc triệt để và kháng sinh nhạy cảm trên từng bệnh nhân, đem lại hiệu quả tốt và tiến triển nhanh hơn khi chỉ để dẫn lưu bơm rửa vết thương. Liệu pháp Corticoid đặt ra ngay khi khởi động phác đồ hoặc chỉ sau thời gian ngắn được dung nạp tốt và cải thiện lâm sàng đáng kể; giúp xóa bỏ chỉ định cắt lọc trên cả ba bệnh nhân này.

## 5. PHÒNG TRÁNH

*Mycobacterium abscessus* thuộc nhóm vi khuẩn *Mycobacteria* không gây bệnh lao hay thường gọi là lao không điển hình với đặc trưng phát triển nhanh, đa kháng thuốc, rất phổ biến trong đất, nước và đặc biệt các hạt bụi. *M. abscessus* được phân lập lần đầu tiên vào năm 1953, được công nhận là một loài riêng biệt vào năm 1992. Đây là vi khuẩn gram dương, không di động, ưa axit, dài khoảng 1 - 6µm, rộng 0,2 - 0,5µm. *M. abscessus* có họ hàng xa với những khuẩn gây bệnh lao và bệnh phong. Các phân tích về gen cho thấy vi khuẩn có khả năng sống nội bào trong môi trường và nguồn nước ô nhiễm.

Do đó, vi khuẩn được biết đến với khả năng dễ dàng xâm nhập vào cơ thể qua da và phổi để gây bệnh, đặc biệt gây ô nhiễm thuốc và các thiết bị y tế. Trong thời gian gần đây, các đợt bùng phát thường liên quan đến bệnh viện và phòng khám [1, 2].

Các thủ thuật thẩm mỹ như phẫu thuật, hút mỡ, Mesotherapy,... được thực hiện tại các cơ sở không đủ điều kiện vô trùng được cho làm gia tăng nguồn lây lan bệnh [1, 12]. Bên cạnh đó, với đặc tính kháng cồn, kháng toan, vi khuẩn khó bị diệt bởi các chất khử khuẩn thông thường, dẫn đến nguồn lây lan từ dụng cụ phẫu thuật [4].

*Mycobacterium abscessus* cho thấy sự phát triển ở nhiệt độ 28°C và 37°C sau 7 ngày nhưng không phải ở 43°C. Nó có thể phát triển trên thạch Maconkey ở 28°C thậm chí là 37 °C [5, 6]. Do vậy việc hấp sấy vô trùng các dụng cụ phẫu thuật phải được tiến hành đúng quy trình và đảm bảo an toàn tuyệt đối. Đặc biệt là các dụng cụ hút mỡ, bơm bõ như Catheter tái sử dụng. Khác với các loài *Mycobacterium* không điển hình khác, *M. abscessus* thường được phát hiện ở tổn thương da và mô mềm. Biểu hiện tại da rất đa dạng, từ các nốt trên da (thường mềm), các sẩn hoặc mảng đỏ, đến mụn mủ hoặc áp xe [11].

Khi nghi ngờ nhiễm *M. abscessus* cần nhanh chóng nuôi cấy mô, giải trình tự đoạn gen PCR chẩn đoán xác định loài, làm kháng sinh đồ và điều trị tích cực theo kết quả kháng sinh đồ [8, 9]. Bệnh nhân nhiễm *M. abscessus* là nguồn bệnh lây nhiễm cho các bệnh nhân khác do vậy phải chủ động đảm bảo vô khuẩn hạn chế lây lan nguồn bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Khi nhu cầu thẩm mỹ ngày càng lớn ở các nước đang phát triển, tỷ lệ nhiễm trùng *M. abscessus* vùng phẫu thuật thẩm mỹ có xu hướng gia tăng. *M. abscessus* và các *Mycobacteria* không lao khác nên được thêm vào chẩn đoán phân biệt nhiễm trùng da và mô mềm với các đặc điểm không

điển hình cho bệnh căn học vi khuẩn. Phản ứng ngược nên được cân nhắc khi có triệu chứng và dấu hiệu tái phát trong quá trình điều trị mặc dù điều trị có hiệu quả.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Torres J, Murillo J, Bofill L, et al.** Rapidly growing mycobacterial infection following liposuction and liposculpture. Caracas, Venezuela, 1996-1998. *MMWR* 1998;47:1065-7.
2. **Estivariz C.** Brief report: nontuberculous mycobacterial infections after cosmetic surgery - Santo Domingo, Dominican Republic, 2003-2004. *MMWR* 2004;53:509.
3. **Zosso C, Lienhard R, Siegrist HH, et al.** Post liposuction infections by rapidly growing mycobacteria. *Infect Dis (London, England)* 2015;47:69-72.
4. **Kothavade, R.J.; Dhurat, R.S.; Mishra, S.N.; Kothavade, U.R.** Clinical and laboratory aspects of the diagnosis and management of cutaneous and subcutaneous infections caused by rapidly growing mycobacteria. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* 2013, 32, 161-188.
5. ISO. ISO 15883-4:2018, Washer-Disinfectors-Part 4: Requirements and Tests for Washer-Disinfectors Employing Chemical Disinfection for Thermolabile Endoscopes; ISO: Geneva, Switzerland, 2018.
6. ISO. ISO 14937:2009, Sterilization of Health Care Products-General Requirements for Characterization of a Sterilizing Agent and the Development, Validation and Routine Control of a Sterilization Process for Medical Devices; ISO: Geneva, Switzerland, 2009. 38. ISO. ISO 19458:2006, Water Quality-Sampling for Microbiological Analysis; ISO: Geneva, Switzerland, 2006.
7. **Maurer F, Castelberg C, von Braun A, et al.** Postsurgical wound infections due to rapidly growing mycobacteria in Swiss medical tourists following cosmetic surgery in Latin America between 2012 and 2014. *Eurosurveillance* 2014;19.
8. **Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, et al.** An official ATS/IDSA statement: Diagnosis, treatment and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:367-416.
9. **Vemulapalli RK, Cantey JR, Steed LL, et al.** Emergence of resistance to clarithromycin during treatment of disseminated cutaneous *M.chelonae* infection: case report and literature review. *J Infect* 2001;43:163-8.
10. **Sassi M, Drancourt M.** Genome analysis reveals three genomospecies in *Mycobacterium abscessus*. *BMC Genomics* 2014;15:359.
11. **Kothavade RJ, Dhurat RS, Mishra SN, Kothavade UR.** Clinical and laboratory aspects of the diagnosis and management of cutaneous and subcutaneous infections caused by rapidly growing mycobacteria. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2013;32:161-88. 10.1007/s10096-012-1766-8.
12. **Nakanaga K, Hoshino Y, Era Y, Matsumoto K, Kanazawa Y, Tomita A, et al.** Multiple cases of cutaneous *Mycobacterium massiliense* infection in a "hot spa" in Japan. *J Clin Microbiol.* 2011;49:613-7. 10.1128/JCM.00817-10.
13. **Furuya EY, Paez A, Srinivasan A, et al.** Outbreak of *Mycobacterium abscessus* wound infections among lipo tourists from the United States who underwent abdominoplasty in the Dominican Republic. *Clin Infect Dis* 2008;46:1181-8.