

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao J, Wang J, He C, Fang M. Angiosarcoma: a review of diagnosis and current treatment. *Am J Cancer Res.* 2019;9(11):2303.
2. Shustef E, Kazlouskaya V, Prieto VG, Ivan D, Aung PP. Cutaneous angiosarcoma: a current update. *J Clin Pathol.* 2017;70(11):917-925. doi:10.1136/jclinpath-2017-204601
3. Moon IJ, Kim YJ, Won CH, et al. Clinicopathological and survival analyses of primary cutaneous angiosarcoma in an Asian population: prognostic value of the clinical features of skin lesions. *Int J Dermatol.* 2020;59(5):582-589. doi:10.1111/ijd.14828
4. Mark RJ, Poen JC, Tran LM, Fu YS, Juillard GF. Angiosarcoma. A report of 67 patients and a review of the literature. *Cancer.* 1996;77(11):2400-2406. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19960601)77:11%3C2400::AID-CNCR32%3E3.0.CO;2-Z
5. Morgan MB, Swann M, Somach S, Eng W, Smoller B. Cutaneous angiosarcoma: a case series with prognostic correlation. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50(6): 867-874. doi:10.1016/j.jaad.2003.10.671
6. Hoque M. Ambient Ultraviolet Radiation Linked to Cutaneous Angiosarcoma. *Dermatology Advisor.* May 2, 2024. Accessed September 30, 2025. <https://www.dermatologyadvisor.com/news/ambient-ultraviolet-radiation-linked-to-cutaneous-angiosarcoma/>
7. Jansen P, Lodde GC, Zaremba A, et al. Rare TERT Promoter Mutations Present in Benign and Malignant Cutaneous Vascular Tumors. *Dermatol.* 2021;1(1):18-25. doi:10.3390/dermato1010003
8. Aust MR, Olsen KD, Meland NB, et al. Angiosarcomas of the Head and Neck: Clinical and Pathologic Characteristics. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1997;106(11): 943-951. doi:10.1177/000348949710601110
9. Rodrigues Sarmento Pinheiro JM, Novaes Pinheiro T, de Paula Ribeiro L, Oliveira Martins R. Cutaneous angiosarcoma of head and neck: Case report and literature review. *Oral Oncol Rep.* 2023;7: 100072. doi:10.1016/j.oor.2023.100072
10. Wreesmann VB, Oomen KP, Brennan PA. Angiosarcomas of the head and neck: Impact of large data analysis on clinical management. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol.* 2022;51(10):904-910. doi:10.1111/jop.13354

UNG THƯ TUYẾN BÃ: CA BỆNH HIẾM GẶP VÀ PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn An¹, Nguyễn Thế Vỹ¹,
Nguyễn Thị Lan¹, Cao Xuân Linh¹

TÓM TẮT

Ung thư tuyến bã (sebaceous carcinoma) là một khối u ác tính hiếm gặp, thường gặp ở vùng quanh mắt và đầu cổ, dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý viêm mạn tính hoặc u lành tính. Việc chẩn đoán sớm đóng vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng và lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu. **Mục tiêu:** Mô tả lâm sàng và phương pháp tiếp cận chẩn đoán ung thư tuyến bã. **Kết quả:** Người bệnh nữ 73 tuổi, tiền sử đái tháo đường type 2 điều trị ổn định, xuất hiện tổn thương da má phải hơn 1 năm, dạng nốt màu ngà vàng, tiến triển chậm, thỉnh thoảng loét và đóng vảy tiết vàng. Khám ghi nhận sẩn tròn 1 cm, ranh giới rõ, bề mặt chia múi, có loét và đốm sặc tố đen, sờ thâm nhiễm nhẹ. Sinh thiết và hóa mô miễn dịch (EMA (+), Ber-EP4 (-), Bcl-2 (+)) gợi ý ung thư tuyến bã. Người bệnh được cắt bỏ rộng kèm tạo hình, hậu phẫu thuận lợi, không tái phát sau 6 tháng theo dõi. **Kết luận:** Ung thư tuyến bã là một khối u ác tính hiếm gặp, có khả năng xâm lấn và di căn cao, thường bị bỏ

sót hoặc chẩn đoán nhầm do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Triệu chứng tổn thương da vùng mặt màu vàng nhạt, tiến triển chậm hoặc loét tái phát nhiều lần ở người cao tuổi. Sinh thiết sớm kết hợp panel hóa mô miễn dịch đầy đủ giúp chẩn đoán sớm và phẫu thuật triệt để là yếu tố then chốt.

Từ khóa: ung thư tuyến bã, carcinoma tuyến bã, chẩn đoán sớm, sinh thiết da, báo cáo ca bệnh.

SUMMARY

SEBACEOUS CARCINOMA: A RARE CASE REPORT AND DIAGNOSTIC APPROACH

Sebaceous carcinoma is a rare malignant tumor, commonly found in the periocular and head and neck regions, easily misdiagnosed with chronic inflammatory diseases or benign tumors. Early diagnosis plays an important role in improving prognosis and choosing the optimal treatment strategy. **Objective:** To describe the clinical presentation and diagnostic approach of sebaceous carcinoma. **Results:** A 73-year-old female patient with a history of stable type 2 diabetes mellitus presented with a skin lesion on the right cheek for more than 1 year, a yellowish nodule, slowly progressing, occasionally ulcerating and forming a yellow crust. Examination revealed a round papule: 1 cm, clear boundary, segmented surface, ulceration and black pigment spots, slight infiltration. Biopsy and

¹Bệnh viện Da Liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn An

Email: nguyenvanan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

immunohistochemistry (EMA (+), Ber-EP4 (-), Bcl-2 (+)) suggested sebaceous carcinoma. The patient underwent wide excision with reconstruction, favorable postoperative course, no recurrence after 6 months of follow-up. **Conclusion:** Sebaceous carcinoma is a rare malignant tumor, with high potential for invasion and metastasis, often overlooked or misdiagnosed due to nonspecific clinical manifestations. Symptoms of pale-yellow facial skin lesions, slow progression, or recurrent ulcers in the elderly. Early biopsy combined with a full immunohistochemical panel for early diagnosis and radical surgery are key factors.

Keywords: sebaceous carcinoma, sebaceous carcinoma, early diagnosis, skin biopsy, case report

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến bã (sebaceous carcinoma, SC) là một loại khối u ác tính hiếm gặp, xuất phát từ các tế bào tuyến bã, thường xuất hiện ở vùng quanh mắt và vùng đầu cổ [1]. Mặc dù bệnh chiếm tỷ lệ thấp (khoảng một đến hai trên một triệu người mỗi năm) nhưng SC có khả năng xâm lấn mạnh và di căn, tỷ lệ di căn xa và tử vong do khối u ở ung thư biểu mô tuyến bã được báo cáo là cao hơn so với các loại ung thư da khác, chẳng hạn như ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC) và ung thư biểu mô tế bào đáy (BCC), bất kể vị trí xuất hiện ở vùng mắt hay ngoài mắt [2]. Do đó, cần phân biệt rõ ràng SC với SCC và BCC do đó chẩn đoán sớm là vô cùng cần thiết cho tiên lượng tốt hơn [2]. Về lâm sàng, SC thường khởi phát dưới dạng một nốt màu vàng nhạt, không đau, không ngứa, tiến triển chậm, dễ bị nhầm với viêm bờ mi (blepharitis), u tuyến bã lành tính, hoặc ung thư biểu mô tế bào đáy (BCC) [3]. Sự nhầm lẫn này kéo dài trong nhiều tháng đến nhiều năm, làm chậm trễ thời điểm chẩn đoán và điều trị, từ đó làm tăng nguy cơ tái phát và di căn [3]. Chẩn đoán xác định SC đòi hỏi mô bệnh học kết hợp với hóa mô miễn dịch. Các dấu ấn như EMA (Epithelial Membrane Antigen), Ber-EP4, Bcl-2, adipophilin, và androgen receptor (AR) có vai trò phân biệt SC với BCC và SCC [4]. Chẳng hạn, Ber-EP4 thường dương tính mạnh ở BCC và hiếm khi dương tính ở SC; trong khi đó, EMA thường dương tính ở SC nhưng âm tính ở BCC [5]. Ngoài ra, sử dụng các dấu ấn như ADP (adipophilin), perforin đã được nghiên cứu cải thiện độ chính xác chẩn đoán SC [6].

Ở Việt Nam, báo cáo về các triệu chứng lâm sàng và cách tiếp cận chẩn đoán ca bệnh SC vẫn còn rất hạn chế. Việc chia sẻ và phân tích những ca SC có diễn biến kéo dài, chẩn đoán khó khăn, đặc biệt có kết quả hóa mô miễn dịch rõ ràng, sẽ giúp nâng cao nhận thức và khả năng chẩn đoán phân biệt và định hướng điều trị sớm. Báo cáo

này nhằm mô tả một trường hợp ung thư tuyến bã ngoài hốc mắt hiếm gặp tại vùng má, làm rõ đặc điểm lâm sàng, quá trình chẩn đoán, và nhấn mạnh vai trò của hóa mô miễn dịch trong xác định bản chất tổn thương, và hiệu quả của phẫu thuật cắt bỏ rộng trong điều trị.

II. CASE LÂM SÀNG

Một người bệnh nữ 73 tuổi, có tiền sử đái tháo đường type 2 đang điều trị ổn định, đến khám vì tổn thương da vùng má phải tiến triển hơn một năm. Tổn thương ban đầu là một nốt nhỏ, màu ngà vàng, không đau, không ngứa, tăng kích thước rất chậm. Trong quá trình diễn biến, bề mặt nốt thỉnh thoảng xuất hiện trợt loét và đóng vảy tiết vàng mặc dù người bệnh không có thói quen cạy nặn. Gần đây, tổn thương thường xuyên trợt loét nên người bệnh đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội.



Hình 1. Tổn thương vùng má phải

Khám lâm sàng ghi nhận tổn thương dạng sẩn, hình tròn, màu ngà vàng, đường kính khoảng 1 cm, ranh giới rõ, bề mặt chia múi, có trợt loét kèm vảy tiết vàng và đốm sắc tố đen. Sờ thấy thâm nhiễm nhẹ, vị trí tại má phải. Người bệnh không đau, không ngứa. Người bệnh được chỉ định chụp Dermoscopy và sinh thiết tổn thương. Kết quả mô bệnh học cho thấy hình ảnh ung thư biểu mô tế bào đáy thể thâm nhiễm biệt hóa tuyến bã, chưa loại trừ ung thư tuyến bã. Nhuộm hóa mô miễn dịch cho kết quả: EMA dương tính, Ber-EP4 âm tính, BCL-2 dương tính ở vùng ngoại vi khối u, phù hợp với chẩn đoán ung thư tuyến bã.

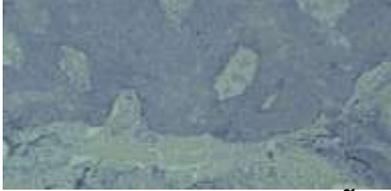


Hình 2: Kết quả chụp Dermoscopy: hình ảnh hướng đến BCC thể u

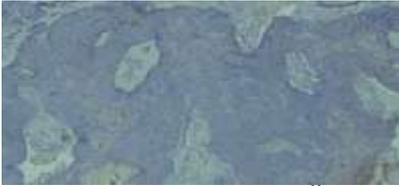


Hình 3: BCC thể thâm nhiễm biệt hóa tuyến bã, chưa loại trừ ung thư tuyến bã

Đám tế bào ung thư tuyến bã với đặc điểm bào tương rộng, sáng, nhân kiềm tính, nhân thô



Hình 4: Hình ảnh hóa mô miễn dịch: BerEP4 âm tính



Hình 5: Hình ảnh hóa mô miễn dịch: BCL2 dương tính



Hình 6: Hình ảnh hóa mô miễn dịch: BCL2 dương tính ở với các tế bào u

Người bệnh được phẫu thuật cắt bỏ rộng tổn thương. Diễn biến hậu phẫu thuận lợi, không ghi nhận tái phát sau 6 tháng theo dõi.

III. BÀN LUẬN

Người bệnh nữ 73 tuổi có tổn thương vùng má phải tiến triển âm thầm trong hơn một năm, biểu hiện ban đầu chỉ là một nốt màu ngà vàng, không ngứa, không đau, thỉnh thoảng trợt loét, đóng vảy tiết. Đặc điểm này dẫn đến chẩn đoán chậm trễ, tương tự như mô tả trong y văn rằng ung thư tuyến bã thường có thời gian trì hoãn chẩn đoán trung bình 12 tháng do dễ nhầm với các u tuyến bã lành tính, carcinoma tế bào đáy (BCC) hoặc viêm bờ mi [7]. Thậm chí một số báo cáo y văn ghi nhận chẩn đoán nhầm dẫn đến trì hoãn điều trị hàng năm và gây nguy cơ xâm lấn nghiêm trọng [3]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sinh thiết sớm ngay khi gặp các tổn thương da màu vàng nhạt, tiến triển chậm, có loét tái phát, đặc biệt ở người cao tuổi [3]. Ca bệnh của chúng tôi được xác định khi sử dụng hóa mô miễn dịch gồm EMA dương tính, Ber-EP4 âm tính, BCL-2 dương tính ngoại vi. Cấu hình này gợi ý mạnh đến SC bởi: EMA dương tính thường gặp ở SC nhưng gần như không xuất hiện ở BCC, Ber-EP4 âm tính giúp phân biệt với BCC, vốn hầu hết là Ber-EP4 (+) [2].

Ngoài ra, các dấu ấn như adipophilin (ADP) và androgen receptor (AR) được nghiên cứu là có độ nhạy cao giúp phân biệt SC với SCC và BCC [2]. Một nghiên cứu bao gồm 35 ca SC extraocular cho thấy mô hình IHC đặc trưng là EMA (+), AR (+), ADP (+), Ber-EP4 (-), cho thấy đây là panel hiệu quả để chẩn đoán phân biệt [2]. Chiến lược điều trị hiệu quả nhất cho SC là phẫu thuật cắt bỏ rộng tổn thương—có thể kết hợp Mohs micrographic surgery hoặc kiểm tra bờ và tạo hình sau cắt bỏ. Phương pháp này giúp giảm nguy cơ tái phát và cải thiện kết quả [7]. Trong trường hợp của chúng tôi, người bệnh được phẫu thuật cắt bỏ rộng và tạo hình thành công; sau 6 tháng theo dõi, không ghi nhận tái phát, cho thấy can thiệp sớm có hiệu quả điều trị rõ rệt.

Qua ca bệnh này, có 3 điểm cần được chú ý là: (1) SC cần được đưa vào chẩn đoán phân biệt khi gặp tổn thương dạng nốt màu vàng nhạt, loét tái diễn, tiến triển chậm ở người cao tuổi; (2) Cần sinh thiết và IHC sớm có vai trò quyết định trong chẩn đoán chính xác; (3) Cần phẫu thuật cắt bỏ triệt để sớm là phương pháp điều trị chính, giúp cải thiện tiên lượng và hạn chế tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến bã là một khối u ác tính hiếm gặp, có khả năng xâm lấn và di căn cao, thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Triệu chứng tổn thương da vùng mặt màu vàng nhạt, tiến triển chậm hoặc loét tái phát nhiều lần ở người cao tuổi. Sinh thiết sớm kết hợp panel hóa mô miễn dịch đầy đủ giúp chẩn đoán sớm và phẫu thuật triệt để là yếu tố then chốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knackstedt T, Samie FH.** Sebaceous Carcinoma: A Review of the Scientific Literature. *Curr Treat Options in Oncol.* 2017;18(8):47. doi:10.1007/s11864-017-0490-0
2. **Ansai S ichi, Takeichi H, Arase S, Kawana S, Kimura T.** Sebaceous Carcinoma: An Immunohistochemical Reappraisal. *The American Journal of Dermatopathology.* 2011;33(6):579-587. doi:10.1097/DAD.0b013e31820a2027
3. **Helmi HA, Alsarhani W, Alkatan HM, Al-Rikabi AC, Al-Faky YH.** Sebaceous Gland Carcinoma with Misleading Clinical Appearance: A Case Report of an Eyelid Lesion. *Am J Case Rep.* 2020;21:e925134. doi:10.12659/AJCR.925134
4. **Mulay K, White VA, Shah SJ, Honavar SG.** Sebaceous carcinoma: clinicopathologic features and diagnostic role of immunohistochemistry (including androgen receptor). *Canadian Journal of Ophthalmology.* 2014;49(4):326-332. doi:10.1016/j.jcjo.2014.04.004
5. **Fan YS, Carr RA, Sanders DSA, Smith AP,**

Lazar AJF, Calonje E. Characteristic Ber-EP4 and EMA expression in sebaceoma is immunohistochemically distinct from basal cell carcinoma. *Histopathology*. 2007;51(1):80-86. doi:10.1111/j.1365-2559.2007.02722.x

6. Mittal R, Araujo I, Czanner G, Coupland SE. Perforin expression in eyelid sebaceous carcinomas: a useful and specific immunomarker

for the differential diagnosis of eyelid carcinomas. *Acta Ophthalmologica*. 2016;94(5). doi:10.1111/aos.12972

7. Niinimäki P, Siuko M, Tynnenen O, Kivelä TT, Uusitalo M. Sebaceous carcinoma of the eyelid: 21-year experience in a Nordic country. *Acta Ophthalmologica*. 2021;99(2): 181-186. doi:10.1111/aos.14552

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA SẸO LỖM DO TRỨNG CÁ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thế Vỹ¹, Vũ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Ngọc Diệp¹, Lê Thị Hải Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của sẹo lõm do trứng cá tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2021-2022 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 79 người bệnh có sẹo lõm do trứng cá đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $24,2 \pm 5,4$, chủ yếu là nữ (59,8%). Thời gian bị sẹo lõm là $3,2 \pm 2,3$ năm. Loại sẹo hay gặp nhất là sẹo đáy phẳng (59,8%), má là vị trí hay gặp nhất (34,5%). Về mức độ sẹo lõm, sẹo độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (65,5%). Trứng cá bọc và thời gian diễn biến trên 2 năm có liên quan đến mức độ nặng của sẹo lõm. Tất cả người bệnh cảm thấy bị ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và giao tiếp xã hội. **Kết luận:** Người bệnh sẹo lõm do trứng cá chủ yếu là nữ trẻ tuổi, sẹo tồn tại nhiều năm, sẹo đáy phẳng. Đa số người bệnh có sẹo có mức độ 4. Trứng cá bọc và thời gian diễn biến trứng cá dài có liên quan đến mức độ nặng của sẹo. **Từ khóa:** sẹo lõm, trứng cá, mức độ nặng sẹo lõm, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF ACNE SCARS AT HANOI DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics and related factors of acne scars at Hanoi Dermatology Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 79 patients with acne scars who visited Hanoi Dermatology Hospital from July 2021 to July 2022. **Results:** The mean age was 24.2 ± 5.4 years, with a predominance of females (59.8%). The mean duration of scarring was 3.2 ± 2.3 years. The most common scar type was rolling scars (59.8%), most frequently

located on the cheeks (34.5%). Grade 4 scars accounted for the highest proportion (65.5%). Nodulocystic acne and disease duration over 2 years were associated with more severe scarring. All patients reported an impact on their quality of life. **Conclusion:** Patients with acne scars were mainly young females with long-standing rolling scars, most of which were severe (grade 4). Nodulocystic acne and prolonged disease duration were related to scar severity. **Keywords:** acne scars, acne vulgaris, scar severity, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trứng cá là bệnh da liễu mạn tính thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên và người trưởng thành trẻ, với tỷ lệ hiện mắc ước tính từ 70-80% ở nhóm tuổi dậy thì [1]. Mặc dù phần lớn trường hợp có thể tiến triển nhẹ và tự thuyên giảm, nhưng một tỷ lệ không nhỏ người bệnh xuất hiện biến chứng sẹo lõm vĩnh viễn [2]. Sẹo lõm do trứng cá hình thành do quá trình viêm mạn tính, phá hủy cấu trúc collagen và mô đệm, xảy ra trong và quanh nang lông tuyến bã bị viêm, tuy không gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe nhưng để lại hậu quả nặng nề về thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Sẹo lõm chiếm tỷ lệ khoảng 80 - 90% các trường hợp sẹo trứng cá [3]. Nếu như trứng cá là một yếu tố nguy cơ làm giảm sút đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh thì mức độ ảnh hưởng của sẹo trứng cá còn nặng nề hơn do vị trí tổn thương ở mặt gây trở ngại lớn về mặt thẩm mỹ, tâm lý, hạn chế tự tin trong giao tiếp và năng suất lao động [4]. Mặt khác, tỷ lệ sẹo lõm ở người bệnh trứng cá liên quan đến các yếu tố nguy cơ như mức độ nặng, thời gian bệnh, trứng cá bọc, cạy nặn mụn và tự ý điều trị [5]. Dù nhiều phương pháp điều trị đã được áp dụng, hiệu quả vẫn hạn chế, do đó nhận diện sớm yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng có ý nghĩa

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Vỹ

Email: bacsythevy@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025