

được khuyến nghị nhằm giảm tiết chất bã và cải thiện tình trạng mụn [9].

Mối liên quan giữa tình trạng dậy thì và tỷ lệ mắc bệnh trứng cá ở nữ giới. Dậy thì là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với việc mắc trứng cá ở học sinh trung học cơ sở. Cụ thể, học sinh nữ đã có kinh lần đầu có nguy cơ mắc mụn cao gấp khoảng 1,9 lần so với nữ chưa dậy thì (95% CI: 1,20 – 3,01). Nguyên nhân có thể liên quan đến sự thay đổi nội tiết trong giai đoạn dậy thì. Sự gia tăng androgen làm tăng hoạt động tuyến bã, kéo theo hiện tượng tăng tiết bã nhờn và dễ hình thành nhân mụn. Đồng thời, sự thay đổi hệ vi sinh vật trên da và phản ứng viêm tại chỗ cũng góp phần thúc đẩy quá trình này.

V. KẾT LUẬN

Bệnh trứng cá ở học sinh tại 04 trường THCS ở Hà Nội khá phổ biến (21,7%). Tổn thương chủ yếu ở trán, mũi, má; thường gặp mụn đầu đen, mụn đầu trắng và mụn viêm; tỷ lệ mụn nặng chiếm hơn một nửa. Ở nữ giới, dậy thì làm tăng nguy cơ mắc mụn gấp 1,9 lần so với nhóm chưa dậy thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Purdy S, de Berker D.** Acne vulgaris. *BMJ Clin Evid.* Jan 5 2011;2011
2. **Bagatin E, Timpano DL, Guadanhim LR, Nogueira VM, Terzian LR, Steiner D, et al.** Acne vulgaris: prevalence and clinical forms in adolescents from São Paulo, Brazil. *An Bras Dermatol.* 2014;89(3):428–35. doi: 10.1590/abd1806-4841.20142100. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. **Aksu AE, Metintas S, Saracoglu ZN, Gurel G, Sabuncu I, Arikian I, et al.** Acne: prevalence and relationship with dietary habits in Eskisehir, Turkey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26(12):1503–9. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04329.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
4. **Trần Thị Hạnh và Nguyễn Thị Giao Hạ.** Tỷ lệ mụn trứng cá và đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan ở sinh viên đại học Y dược Cần Thơ. *Tạp chí Da liễu học Việt Nam.* 2012;8:20-28
5. **Thiboutot D et al.,** New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. *J Am Acad Dermatol* 2009;60 (5 Suppl):S1–50.
6. **Yahya H.** Acne vulgaris in Nigerian adolescents--prevalence, severity, beliefs, perceptions, and practices. *Int J Dermatol.* May 2009;48(5):498-505. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.03922.x
7. **Lê Thị Chi Phương.** Nghiên cứu bệnh trứng cá ở một số trường Trung học cơ sở và Trung học Phổ thông tại Hà Nội. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018
8. **Trần Thị Hoài Hương.** Tỷ lệ bệnh da hiện mắc và các yếu tố liên quan của học sinh trường THCS Lê Văn Tám, Q. Bình Thạnh, TP. Hồ Chí Minh năm 2011. 2012.

SARCOMA MẠCH MÁU NGUYÊN PHÁT Ở DA: THÁCH THỨC TRONG CHẨN ĐOÁN NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Ngô Thị Hồng Hạnh¹, Nguyễn Thị Ngọc Hân¹, Đỗ Thu Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng một trường hợp sarcoma mạch máu nguyên phát tại da được chẩn đoán tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh. Ca bệnh là nam giới, 72 tuổi, lâm sàng xuất hiện mảng màu đỏ tím, vùng đỉnh đầu trái, bề mặt có loét, chảy máu, tổn thương không đau, không ngứa. Người bệnh đã được sinh thiết nhiều lần mới phát hiện được tế bào ác tính. Giải phẫu bệnh có cấu trúc các huyết quản tăng sinh, tế bào nội mô quá sản, tròn, phồng to, tăng sắc, lòng huyết quản hẹp, có chỗ thông với nhau hoặc bị lấp đầy các tế bào nội mô, hình ảnh nhân chia nhiều. Hóa mô miễn dịch dương tính với ERG, CD34, Ki67 (20%), âm tính với

CKAE1/AE3. **Kết quả:** Người bệnh được chẩn đoán sarcoma mạch máu tại da một bệnh ác tính hiếm gặp xuất phát từ các tế bào nội mô mạch máu hoặc bạch huyết. Biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng, dễ chẩn đoán nhầm với chấn thương, sarcoma Kaposi, rụng tóc sọc. Mô bệnh học và hoá mô miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định. **Kết luận:** Ca bệnh này góp phần nâng cao nhận thức về bệnh sarcoma mạch máu tại da, tầm quan trọng của mô bệnh học và hoá mô miễn dịch trong chẩn đoán bệnh.

Từ khóa: Sarcoma mạch máu, sarcoma mạch máu ở da, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch.

SUMMARY

PRIMARY CUTANEOUS ANGIOSARCOMA: A DIAGNOSTIC CHALLENGE — A CASE REPORT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of a case of primary cutaneous angiosarcoma diagnosed at Hanoi Dermatology Hospital. **Subjects and methods:** A case report. The patient was a 72-year-old male presenting with a purplish-red plaque on the scalp. The surface was ulcerated and bleeding, but the lesion was painless and non-pruritic. Multiple biopsies were

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hồng Hạnh

Email: ngohonghanhyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

required before malignant cells were detected. Histopathological examination revealed proliferating vascular structures with hyperplastic, round, enlarged, hyperchromatic endothelial cells; narrowed vascular lumens; areas of anastomosis or complete occlusion by endothelial cells; and frequent mitotic figures. Immunohistochemistry was positive for ERG, CD34, and Ki-67 (20%), and negative for CKAE1/AE3. **Results:** The patient was diagnosed with cutaneous angiosarcoma—a rare malignant tumor originating from vascular or lymphatic endothelial cells. The clinical manifestations are diverse and easily confused with trauma, Kaposi's sarcoma, cicatricial alopecia, and other conditions. Histopathology and immunohistochemistry play crucial roles in establishing the diagnosis. **Conclusion:** This case highlights the importance of recognizing cutaneous angiosarcoma and underscores the essential role of histopathological and immunohistochemical evaluation in its accurate diagnosis. **Keywords:** angiosarcoma, cutaneous angiosarcoma, histopathology, immunohistochemistry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma mạch máu (angiosarcoma) là một nhóm tổn thương ác tính hiếm gặp, có tính chất tiến triển nhanh, xuất phát từ sự biệt hóa của các tế bào nội mô mạch máu hoặc mạch bạch huyết, chiếm khoảng 1–2% trong tổng số các sarcoma mô mềm [1]. Dựa trên vị trí và căn nguyên, sarcoma mạch máu được chia thành nhiều thể: sarcoma mạch máu ở da, sarcoma mạch máu liên quan đến phủ bạch mạch mạn tính, sarcoma mạch máu do tia xạ, sarcoma mạch máu nguyên phát ở vú và sarcoma mạch máu mô mềm. Trong đó, sarcoma mạch máu ở da chiếm khoảng 60% tổng số các trường hợp, thường gặp nhất ở vùng đầu, mặt, cổ [2]. Về cơ chế bệnh sinh, sarcoma mạch máu ở da được chia thành hai nhóm chính: thể nguyên phát – thường gặp ở vùng da bị tổn thương mạn tính do ánh sáng mặt trời; và thể thứ phát – xuất hiện trên nền phủ bạch mạch mạn tính, sau xạ trị hoặc tiếp xúc hóa chất. Hội chứng Stewart-Treves là một ví dụ điển hình, mô tả sarcoma mạch máu phát triển trên nền phủ bạch mạch sau điều trị tia xạ ung thư vú.

Hầu hết các sarcoma mạch máu vùng đầu – cổ là thể ở da (khoảng 93,5%), phần còn lại gặp ở các vị trí như xương mặt, lưỡi, khoang mũi, tuyến mang tai, xoang cạnh mũi, niêm mạc miệng, họng, thanh quản hoặc dây thần kinh ngoại biên. Bệnh thường gặp ở nam giới trên 70 tuổi. Trên lâm sàng, tổn thương sarcoma mạch máu ở da thường biểu hiện dưới dạng mảng hoặc nốt màu đỏ tím, dễ nhầm với bầm máu thông thường, có thể loét hoặc chảy máu, dẫn đến chẩn đoán muộn. Nếu không được điều trị, tổn thương có thể lan rộng. Chẩn đoán xác định

dựa vào mô bệnh học. Sarcoma mạch máu có thể biểu hiện từ dạng biệt hóa cao đến kém biệt hóa. Ở thể biệt hóa cao, các tế bào nội mô lót dọc theo các mạch máu, nối thông với nhau giữa các bó sợi collagen; trong khi ở thể kém biệt hóa, các tế bào đa hình, sắp xếp dày đặc, mất đặc điểm mạch máu rõ ràng. Hóa mô miễn dịch cần thiết trong các thể kém biệt hóa, tế bào u dương tính với các dấu ấn nội mô như CD31, CD34, FLI1, ERG và Ki67 [1].

Điều trị sarcoma mạch máu bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, điều trị đích và miễn dịch. Phẫu thuật cắt rộng kết hợp xạ trị được coi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn hiện nay, tuy nhiên tỷ lệ tái phát tại chỗ vẫn cao, đặc biệt khi tổn thương lan rộng. Các yếu tố tiên lượng xấu bao gồm: tuổi cao (>70 tuổi), kích thước khối u >5 cm, xâm lấn mạch máu lớn, diện cắt dương tính và giai đoạn bệnh tiến triển. Tỷ lệ sống sau 3 năm được báo cáo khoảng 58–60% ở các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật, đơn thuần hoặc kết hợp xạ trị [3]. Mục tiêu của nghiên cứu mô tả một trường hợp sarcoma mạch máu nguyên phát ở da đầu với bệnh cảnh lâm sàng phức tạp và chẩn đoán khó khăn và nhấn mạnh vai trò của mô bệnh học và hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán xác định.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 72 tuổi, tiền sử đau dây thần kinh V bên trái đã phẫu thuật giải ép thần kinh V cách 3 năm, di chứng mất cảm giác một nửa vùng da đầu và mặt bên trái. Bệnh diễn biến 1 năm nay, bệnh nhân xuất hiện các nodule màu đỏ tím, ở vùng đỉnh đầu trái. Tổn thương tiến triển tăng dần, hợp thành mảng đỏ tím, ranh giới không rõ, có hiện tượng xuất huyết dưới da, bề mặt có loét, chảy máu. Tuy nhiên do di chứng sau phẫu thuật thần kinh V bên trái, bệnh nhân mất cảm giác nên tổn thương không đau, không ngứa. Khai thác không có tiền sử chấn thương, chiếu xạ trước đó. Bệnh nhân đã đi khám tại nhiều bệnh viện được chẩn đoán nhiều tình trạng khác nhau như chấn thương mô mềm, viêm da tiếp xúc dị ứng, được điều trị corticoid bôi, kháng sinh bôi, kháng histamin uống, tổn thương không đáp ứng, tiếp tục lan rộng, được khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội trong tình trạng: tỉnh táo, không sốt. Tổn thương cơ bản: đám xuất huyết dưới da vùng đỉnh đầu, kích thước 10x7cm, ranh giới không rõ, hơi thâm nhiễm, trung tâm sờ mềm, bề mặt có loét, chảy máu, không đau, không ngứa. Hạch ngoại vi không sờ thấy



Hình 1. Tổn thương cơ bản: đám xuất huyết dưới da vùng đỉnh đầu

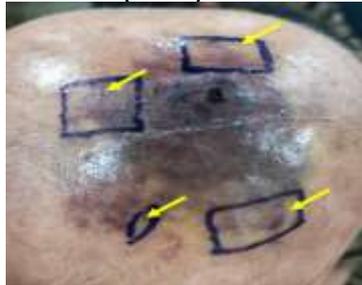
(mã bệnh nhân: 2400004627)

Xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản chưa phát hiện bất thường. Dermoscopy có hình ảnh xuất huyết dưới da không đặc hiệu. Siêu âm Doppler: không phát hiện dị dạng mạch lớn hoặc điểm chảy máu vùng da đầu, có hình ảnh tổn thương giảm âm không đều, lan tới sát màng xương, có tín hiệu tăng sinh mạch. Không thấy hạch to vùng đầu mặt cổ. Bệnh nhân được sinh thiết 2 lần ở nhiều vị trí rìa tổn thương (hình 2, 3) đều không phát hiện tế bào ác tính.



Hình 2. Vị trí sinh thiết lần 1

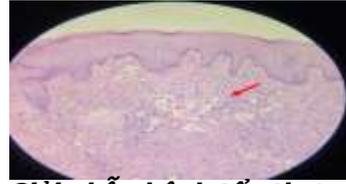
(mã bệnh nhân: 2400004627)



Hình 3. Vị trí sinh thiết lần 2

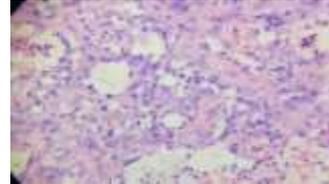
(mã bệnh nhân: 2400004627)

Sau đó, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt rộng tổn thương, làm sạch, cầm máu. Giải phẫu bệnh vật da có hình ảnh cấu trúc u nằm dưới da, gồm các huyết quản tăng sinh. Các tế bào nội mô quá sản, tròn, phồng to, tăng sắc, lòng huyết quản hẹp, có chỗ thông với nhau hoặc bị lấp đầy các tế bào nội mô, hình ảnh nhân chia nhiều (hình 4,5). Hóa mô miễn dịch dương tính với ERG, CD34, Ki67 (20%), âm tính với CKAE1/AE3, phù hợp với sarcoma mạch máu (hình 6,7,8).



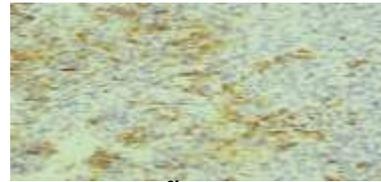
Hình 4. Giải phẫu bệnh tổn thương có cấu trúc u nằm dưới da, tăng sinh mạch máu

(mã bệnh nhân: 2400004627, mã tiêu bản: K3-24-29718)



Hình 5. Hình ảnh các tế bào nội mô quá sản, tròn, phồng to, tăng sắc, lòng huyết quản hẹp, có chỗ thông với nhau, nhân chia nhiều

(mã bệnh nhân: 2400004627, mã tiêu bản: K3-24-29718)



Hình 6. Hoá mô miễn dịch dương tính CD34

(mã bệnh nhân: 2400004627, mã tiêu bản: K3-24-29718)



Hình 7. Hoá mô miễn dịch dương tính ERG

(mã bệnh nhân: 2400004627, mã tiêu bản: K3-24-29718)



Hình 8. Hoá mô miễn dịch dương tính Ki67

(mã bệnh nhân: 2400004627, mã tiêu bản: K3-24-29718)

Kết quả chụp PET/CT toàn thân, không phát hiện hình ảnh tăng chuyển hoá FDG bất thường tại các vị trí khác. Chẩn đoán xác định: Sarcoma mạch máu nguyên phát tại da. Người bệnh sau đó được chuyển bệnh viện Ung bướu trung ương để tiếp tục phẫu thuật cắt rộng phối hợp xạ trị.

III. BÀN LUẬN

Sarcoma mạch máu (angiosarcoma) là khối u ác tính hiếm gặp, có nguồn gốc từ tế bào nội mô lót thành mạch máu hoặc bạch mạch, chiếm khoảng 2% trong tổng số các sarcoma mô mềm. Sarcoma mạch máu tại da chiếm 60% sarcoma mạch máu, thường gặp nhất ở vùng đầu, mặt, cổ [1]. Bệnh thường gặp ở nam giới, lớn tuổi. Nghiên cứu Mark (1996) trên 67 ca sarcoma mạch máu vùng đầu cổ cho thấy tỷ lệ nam:nữ = 2:1, đa số bệnh nhân là người da trắng cao tuổi với tuổi trung bình khởi phát khoảng 70–80 tuổi [4]. Tổn thương da đầu chiếm tới gần một nửa (49%) các trường hợp sarcoma mạch máu nguyên phát tại da, do đó khi có tổn thương da tại vùng da đầu trên bệnh nhân nam giới cao tuổi cần loại trừ angiosarcoma mạch máu [5]. Bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân nam, 72 tuổi, tổn thương da đầu điển hình của sarcoma mạch máu nguyên phát tại da.

Cơ chế bệnh sinh của bệnh chưa rõ, các yếu tố nguy cơ thường chỉ rõ ràng trong trường hợp sarcoma mạch máu liên quan với phù bạch mạch hoặc sau xạ trị. Trong trường hợp sarcoma mạch máu vùng đầu cổ, thường không rõ căn nguyên và yếu tố nguy cơ gọi là sarcoma mạch máu tại da vô căn. Mặc dù có những bằng chứng về dịch tế học cho thấy UV có liên quan với tăng nguy cơ sarcoma mạch máu tại da (đặc biệt vùng da đầu/cổ) [6], nhưng cơ chế di truyền cụ thể chưa rõ, vì đột biến TERT promoter xuất hiện rất thấp trong số các trường hợp angiosarcoma được khảo sát, chỉ khoảng 5% theo MDPI study [7].

Lâm sàng phong phú, angiosarcoma da vùng đầu cổ thường biểu hiện bằng sẩn, mảng hồng tím (42%), bờ không rõ, chắc hoặc mềm, có thể đơn độc hoặc đa ổ. ¼ bệnh nhân tổn thương da không có thay đổi màu sắc [8]. Các thể tiến triển có thể tạo thành sẩn hoặc nốt sẫm màu, dễ loét và chảy máu. Triệu chứng cơ năng thường nghèo nàn, chỉ khoảng 30% bệnh nhân có đau [9]. Do đó, khoảng 50% bệnh nhân bị chẩn đoán nhầm trước đó: nhiễm trùng, viêm mô bào, u máu, dị dạng mạch lạnh tính, u mỡ, BCC, lymphoma,...[5]. Bệnh nhân này của chúng tôi bệnh tiến triển một năm với các tổn thương ban đầu là mảng màu đỏ tím vùng đỉnh đầu, không đau, bệnh nhân đã đi khám tại nhiều bệnh viện với nhiều chẩn đoán chẩn thương, viêm da tiếp xúc dị ứng trước đó, điều trị không hiệu quả, gây chậm trễ thời gian chẩn đoán bệnh.

Về mô bệnh học, sarcoma mạch máu biểu hiện cấu trúc mạch máu tân tạo không đều, xâm nhập sâu vào trung bì và hạ bì, được lót bởi tế

bào nội mô tăng sắc, dị dạng [8]. Moon và cộng sự nhận thấy sự khác biệt mô học giữa tổn thương dạng nốt (cấu trúc đặc với tế bào lớn đa hình) và dạng mảng (mạch máu ngoằn ngoèo lót bởi tế bào nội mô giữa bó collagen) [3]. Dấu hiệu "fish in the creek" - các tế bào nội mô trôi nổi trong lòng mạch - là đặc điểm mô học gợi ý chẩn đoán [10]. Về hóa mô miễn dịch, các dấu ấn dương tính bao gồm CD31, CD34, Factor VIII, Fli-1, ERG, D2-40 và Ki67 - trong đó Ki67 cao phản ánh tiên lượng xấu [8]. Tuy nhiên, nhiều trường hợp phải sinh thiết nhiều lần do khó xác định ranh giới u, nếu sinh thiết ở vùng tổn thương xuất huyết, hoại tử hoặc sinh thiết không đủ sâu có thể khó quan sát thấy tế bào u. Trường hợp này phức tạp do mặc dù rất nghi ngờ trên lâm sàng nhưng kết quả sinh thiết nhiều lần đều có kết quả âm tính. Cho tới khi cắt bỏ tổn thương, mô bệnh học của vật da mới tìm thấy hình ảnh sarcoma mạch máu điển hình, kết quả hoá mô miễn dịch dương tính với CD34, ERG, Ki67 khẳng định chẩn đoán angiosarcoma. Ki67 dương tính 20% phản ánh tiên lượng xấu với tổn thương lan rộng.

Điều trị angiosarcoma da chủ yếu dựa trên phẫu thuật triệt để kết hợp xạ trị hỗ trợ. Việc cắt bỏ hoàn toàn thường khó khăn do tổn thương đa ổ và ranh giới xâm nhập không rõ. Phẫu thuật rộng với rìa âm tính được khuyến cáo, song nhiều trường hợp cần xạ trị bổ trợ sau mổ, đặc biệt khi khối u lớn (>5 cm), xâm lấn sâu, đa ổ hoặc còn diện cắt dương tính [5]. Tiên lượng của angiosarcoma nhìn chung xấu, với tỷ lệ sống 5 năm trung bình khoảng 33,5%. Các yếu tố tiên lượng kém bao gồm tuổi >70, kích thước khối u >5 cm và vị trí vùng đầu [3]. Trong trường hợp này, sau khi chuyển bệnh viện Ung bướu Trung ương, bệnh nhân được phẫu thuật và xạ trị bổ trợ. Tuy nhiên tiên lượng xấu do tổn thương lan rộng > 5cm, xâm lấn sâu và diện cắt sau phẫu thuật vẫn còn dương tính.

IV. KẾT LUẬN

Sarcoma mạch máu tại da là bệnh ác tính hiếm gặp xuất phát từ các tế bào nội mô mạch máu hoặc bạch huyết. Biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng, thường gặp là các nodule hoặc mảng xuất huyết, bầm tím ở vùng đầu mặt cổ, khó phân biệt với bầm tím do chấn thương, sarcoma Kaposi. Mô bệnh học và hoá mô miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định. Việc mô tả ca bệnh góp phần nâng cao nhận thức về bệnh sarcoma mạch máu tại da, tầm quan trọng của mô bệnh học và hoá mô miễn dịch trong chẩn đoán bệnh.

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 Sarmiento 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 sắc 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