

NHÂN TRƯỜNG HỢP U TUYẾN MÔ HÔI LỚN VÙNG MŨI

Nguyễn Văn Dân¹, Đỗ Xuân Ngọc¹, Nguyễn Đăng Duy¹

TÓM TẮT

U tuyến mô hôi là một loại u lành tính của da, do sự phát triển quá mức của các tế bào ống tuyến mô hôi. Đặc điểm của loại u này là thường xuất hiện nhiều nốt sần, nhỏ, chắc, cùng màu với da hoặc sáng hơn màu da. Kích thước từ 1 đến 3mm. Hầu hết các trường hợp u tuyến mô hôi được chẩn đoán dựa vào đặc điểm lâm sàng. Phương pháp điều trị đa dạng. Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng, khối u tuyến mô hôi lớn, đường kính 3.5 cm, chẩn đoán dựa vào giải phẫu bệnh lý. Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt trọn khối u, che phủ tổn thương bằng vạt tại chỗ. Bệnh nhân được tái khám định kỳ để theo dõi tái phát.

Từ khóa: U tuyến mô hôi

A CASE OF GIANT SYRINGOMA ON THE NOSE

ABSTRACT

Syringomas are benign adnexal neoplasms derived from the intraepidermal part of eccrine sweat ducts. Clinically, they appear as multiple, small, firm, skin-colored or slightly yellow soft papules, 1-3 mm in diameter. Most syringomas are diagnosed based on clinical features. There are many methods to treat these tumors. We report a clinical case of giant syringoma with 3.5 cm in diameter. This tumor was diagnosed based on pathology. The patient was treated for surgical resection of the tumor, reconstruction of defect with a local flap. The patient was periodically re-examined to follow of recurrence.

Key word: Syringoma.

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Dân (vandan120190@gmail.com)

Ngày nhận bài: 26/2/2022, ngày phản biện: 10/3/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/3/2023

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U ống tuyến mồ hôi là những khối u lành tính của da. Do sự phát triển quá mức của các tế bào ống tuyến mồ hôi, hoặc đáp ứng tăng sản quá mức của tuyến dưới phản ứng viêm của cơ thể. Những khối u này nằm ở các lớp tế bào từ trung bì đến phần sâu của hạ bì, phổ biến hơn ở người châu Á và những người có loại da sẫm màu. Đặc điểm lâm sàng của loại u này là ở dạng sẩn, nhỏ, dẹt, phẳng hoặc hơi nổi gồ lên khỏi mặt da. Kích thước từ 1 đến 3mm. Vị trí phổ biến nhất là vùng da xung quanh vùng mắt, đôi khi gặp ở các vùng thân, ngực và bụng. Phần lớn các u ống tuyến mồ hôi là không có triệu chứng. Tuy nhiên, một số người có thể bị ngứa kèm theo khi toát mồ hôi nhiều. Hầu hết các trường hợp chẩn đoán u tuyến mồ hôi là dựa vào các đặc điểm lâm sàng, tuy nhiên, khi cần can thiệp cắt bỏ, hoặc để chẩn đoán phân biệt, thì sinh thiết khối u là cần thiết [1][6].

Đặc điểm mô học của u ống tuyến mồ hôi là thường nằm hầu hết ở lớp hạ bì bề ngoài và bao gồm nhiều ống dẫn nhỏ nhúng trong một mô xơ cứng. Thành của ống dẫn thường được lót bởi hai hàng tế bào biểu mô hình khối đến dẹt và có một lòng mạch chứa các mảnh vụn vô định hình có tính axit-Schiff-dương, eosinophilic. Một số ống dẫn có “đuôi” dài của tế bào biểu mô, tạo ra hình dạng đầu phẩy hoặc hình con nòng nọc đặc trưng. Một số trường

hợp hiếm có sự tích tụ glycogen trong các tế bào khối u[5].

Cho đến nay, có rất nhiều phương pháp điều trị u tuyến mồ hôi, như đốt điện, phẫu thuật cắt bỏ u bằng kéo Castroviejo, mài da hoặc laser CO2. Mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng, tỷ lệ thành công cũng khác nhau. Ngoài ra u tuyến mồ hôi còn có thể sử dụng phương pháp điều trị nội khoa, ít để lại sẹo như sử dụng các dung dịch bôi Isotretinoin, Atropin 1% hoặc Acid anthranilic[2].

U tuyến mồ hôi có kích thước lớn hơn 1cm rất hiếm gặp trên lâm sàng. Những loại u này thường khó chẩn đoán và dễ nhầm lẫn với những khối u khác của da như u bọc bì, u biểu mô sợi, u sợi thần kinh, u mô bào, ung thư tế bào đáy[3]. Phương pháp chẩn đoán với những khối u lớn này là dựa vào giải phẫu bệnh. Phẫu thuật được coi là phương pháp chính để điều trị những khối u có kích thước lớn.

Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng hiếm gặp, u tuyến mồ hôi lớn lành tính với đường kính 3.5 cm vùng cánh mũi trái.

2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

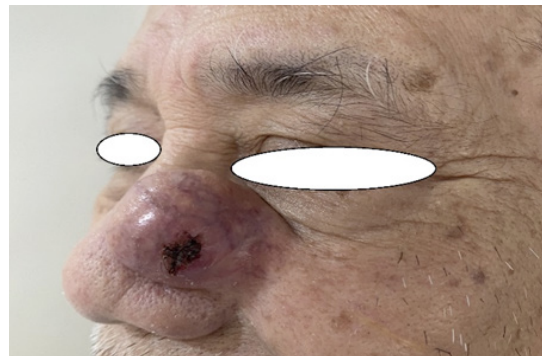
Bệnh nhân T.V.P, nam, 82 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 điều trị thường xuyên, kiểm soát huyết áp và đường huyết tốt. Bệnh nhân than phiền có một khối u vùng cánh mũi trái, xuất hiện khoảng 5 tháng trước khi vào

viện. Do tình hình dịch COVID 19, nên bệnh nhân không đi khám ngay khi phát hiện. Khối u này ngày càng to lên nhanh, cảm giác vướng nặng vùng cánh mũi và che mất tầm nhìn, ngày 16/11/2021 bệnh nhân vào viện điều trị.

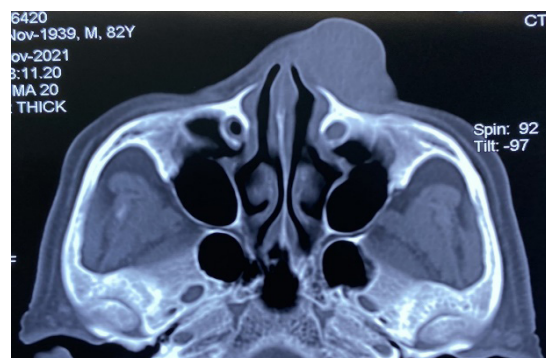
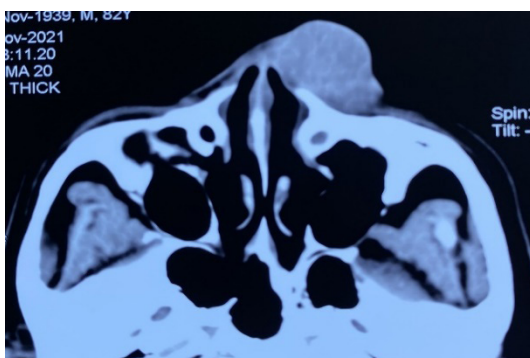
Khám bệnh thấy một khối u đơn độc vùng cánh mũi trái, đường kính lớn nhất khoảng 3.5 cm, mật độ chắc, ranh giới rõ, bề mặt không đều, di động ít. Sờ thấy khối u nằm dưới da. Bệnh nhân chỉ than phiền thấy ngứa trên bề mặt, không đau. Trên mặt da có nhiều mạch máu tăng sinh. Sờ không thấy có hạch vùng.

Bệnh nhân được xét nghiệm sinh

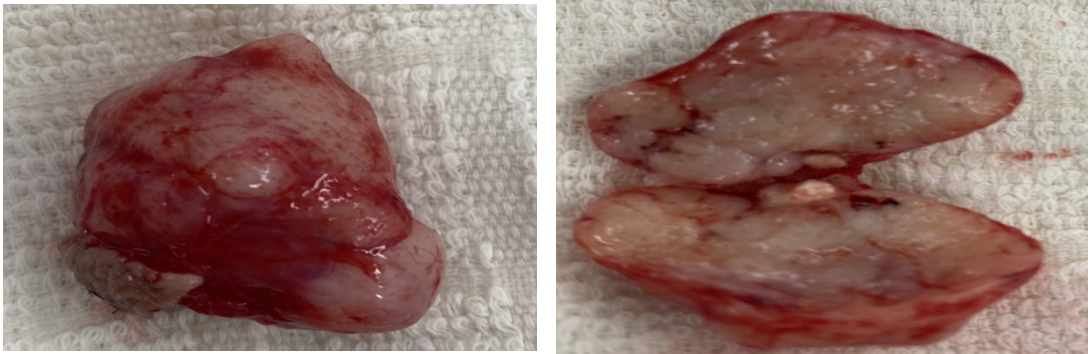
hóa, huyết học, siêu âm hạch cổ, chụp cắt lớp vi tính hàm mặt đánh giá tình trạng xâm lấn của khối u, trên phim cắt lớp vi tính thấy khối u ranh giới rõ, không xâm lấn vào sụn mũi và các tổ chức xung quanh, sinh thiết tại chỗ, chẩn đoán u tuyến mồ hôi. Bệnh nhân được kiểm soát đường huyết và huyết áp tốt trước mổ, sau đó được phẫu thuật cắt hoàn toàn khối u, phương pháp vô cảm là gây tê tại chỗ. Sau mổ bệnh nhân được thay băng, chăm sóc vết mổ, cắt chỉ và ra viện sau 7 ngày phẫu thuật. Tình trạng tại chỗ ổn định, vết mổ khô, liền tốt. Bệnh nhân được tái khám theo dõi thường xuyên.



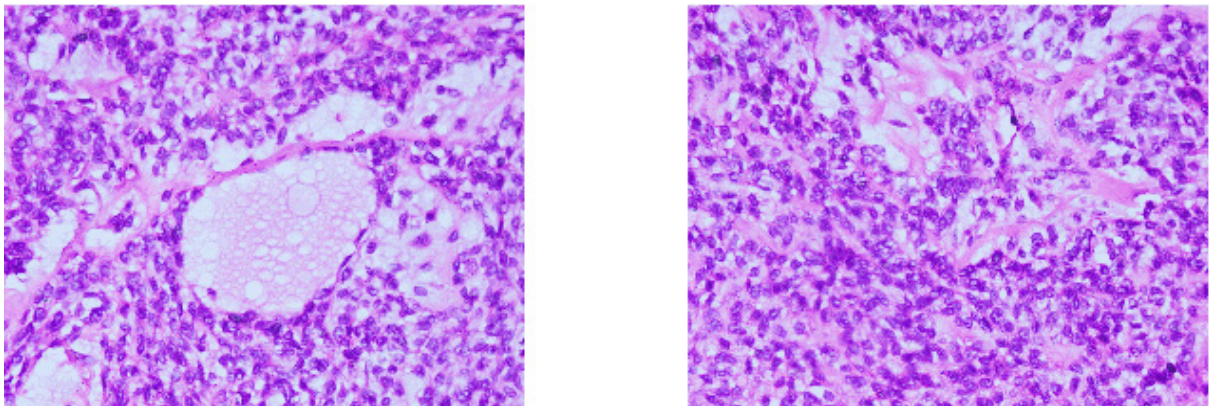
Hình 1: Hình ảnh lâm sàng khối u



Hình 2: Hình ảnh khối u trên cắt lớp vi tính



Hình 3: Hình ảnh đại thể của khối u



Hình 4: Hình ảnh mô bệnh học của khối u



Hình 5: Hình ảnh bệnh nhân sau phẫu thuật 3 ngày và 7 ngày

3. BÀN LUẬN

U tuyến mồ hôi là khối u da lành tính, thường gặp ở nữ nhiều hơn nam. Khối u thường xuất hiện ở lứa tuổi dậy thì hoặc những người dưới 40 tuổi. Khối u ít gặp

hơn ở người già[1,2]. Tỷ lệ hay gặp nhiều hơn ở người châu Á và châu Phi. Khối u thường xuất hiện ở vùng mi mắt, ở những vùng khác cũng có thể gặp nhưng ít hơn. Ở bệnh nhân của chúng tôi, khối u xuất hiện ở người già, nam giới, trên 80 tuổi,

vùng cánh mũi trái. Những đặc điểm này đều không phải những vị trí và dịch tế hay gặp của u tuyến mồ hôi. Do đó nếu dựa vào các đặc điểm dịch tế học thì chúng ta ít khi nghĩ đến u tuyến mồ hôi trong chẩn đoán ban đầu.

Đặc điểm lâm sàng của khối u tuyến mồ hôi thường là những nốt sần nhỏ, ít khi xuất hiện đơn độc, thường phẳng, dẹt hoặc có thể hơi nổi gồ lên khỏi mặt da. Bệnh nhân thường thấy ngứa, ngoài ra thường không có biểu hiện gì khác[3]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, khối u có đặc điểm khác với các đặc điểm thông thường, khối u đơn độc vùng cánh mũi, không kèm theo các tổn thương tương tự khác. Kích thước khối u lớn gấp 10 lần so với kích thước thông thường của u tuyến mồ hôi. Nổi gồ lên khỏi da. Khối u đẩy sụn cánh mũi xuống phía dưới, làm hẹp một phần lỗ mũi. Ranh giới khối u rõ trên lâm sàng. Mật độ khối u chắc, ấn không đau, trên da có mạch máu tăng sinh, bệnh nhân cảm thấy ngứa trên bề mặt khối u. U to che tầm nhìn của mắt khi bệnh nhân nhìn xuống.

Để chẩn đoán các khối u tuyến mồ hôi, thông thường dựa vào những đặc điểm dịch tế học và lâm sàng của khối u[5]. Mô bệnh học cần thiết khi để loại trừ các tổn thương khác. Nhưng ở bệnh nhân của chúng tôi, ngay từ ban đầu việc sử dụng mô bệnh học đã được thực hiện để chẩn đoán. Ngoài ra bệnh nhân còn được chụp phim cắt lớp vi tính hàm mặt, để đánh giá

tính chất của khối u cũng như mức độ xâm lấn.

Hiện nay với những khối u tuyến mồ hôi thông thường, có rất nhiều những phương pháp để điều trị. Hầu hết các phương pháp đều nhằm mục đích loại bỏ được tổn thương tuy nhiên đảm bảo tính chất thẩm mỹ của khuôn mặt[3,4]. Tuy nhiên, với những khối u tuyến mồ hôi khổng lồ như trường hợp này, chúng tôi đặt phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt trọn khối u, sau đó che phủ tổn thương bằng vật tại chỗ. Sau khi mổ, chúng tôi lấy toàn bộ khối u làm lại giải phẫu bệnh học. Kết luận mô bệnh học hai lần đều trùng khớp là u tuyến mồ hôi.

Bệnh nhân được dùng kháng sinh, giảm đau, giảm nề, sau mổ. Cắt chỉ sau 7 ngày phẫu thuật. Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 1,3,6 tháng và 1 năm để đánh giá tình trạng tái phát của khối u.

4. KẾT LUẬN

U tuyến mồ hôi có kích thước lớn rất hiếm gặp, trên lâm sàng rất dễ nhầm lẫn với các khối u khác vùng mặt. Mô bệnh học là phương pháp chủ yếu để chẩn đoán khối u loại này. Sau khi điều trị phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u, bệnh nhân cần được theo dõi ít nhất 6 tháng để đánh giá sự tái phát của khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghanadan, A., & Khosravi,

- M. (2013). Cutaneous syringoma: A clinicopathologic study of 34 new cases and review of the literature. *Indian Journal of Dermatology*, 58(4), 326.
2. Huang, L.-P., Zhang, L., Wang, X.-L., Liu, X.-C., Jiang, T.-Y., & Lin, B.-W. (2012). A technique for periorbital syringomas: Intralesional radiofrequency ablation. *International Journal of Ophthalmology*, 5(2), 181–185
3. Patrizi A, Neri I, Marzaduri S, Varotti E, Passarini B. (1998) Syringoma: A review of twenty-nine cases. *Acta Derm Venereol.*;78:460–2
4. Pruzan DL, Esterly NB, Prose NS. (1989) Eruptive syringoma. *Arch Dermatol.*;125:1119–20
5. Cornelia S.L and et.al, (2009) Clinicopathological diversity of syringomas, *Dermatoendocrinol.* 1(6): 282–288.
6. Bộ Y Tế, (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu, 238-240.

THẺ LỆ BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ Y DƯỢC THỰC HÀNH 175

Tạp chí Y dược thực hành 175 xuất bản 4 số thường kỳ/năm và các chuyên đề, đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan về Y-Dược học trong nước và Quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo.

I. Một số yêu cầu về bài đăng công trình nghiên cứu khoa học:

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam.

3. Bài gửi đăng bắt buộc phải đánh máy bằng tiếng Việt, rõ ràng, lề trái 3 cm, lề phải 2 cm, lề trên 2 cm, lề dưới 2 cm. Một bài không dài quá 7 trang khổ A4, font Time New Roman cỡ 13. Các danh từ tiếng Việt Nam nếu dịch từ tiếng nước ngoài phải viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài viết:

a. Đầu đề (tiếng Việt và tiếng Anh).

b. Họ và tên tác giả: không ghi học hàm, học vị, chức danh. Có ghi chú nơi công tác của tác giả.

c. Nội dung:

- Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh, từ khóa (tối đa 200 từ).

- Đặt vấn đề, bao gồm cả phần mục tiêu nghiên cứu của đề tài.

- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

- Kết quả.

- Bàn luận.

- Kết luận.

Chỉ sử dụng những bảng biểu, ảnh cần thiết và phải ghi chú thích rõ yêu cầu in vào đoạn nào trong bài, mỗi bài không quá 5 hình.

d. Tài liệu tham khảo (không qua 10 tài liệu): Sắp xếp theo trình tự trích dẫn trong bài viết, không phân biệt tiếng Việt, Anh, Pháp.... Tài liệu tham khảo ghi theo thứ tự: họ tên tác giả, năm xuất bản, tên cuốn sách, bài báo, tạp chí, số trang và trang tham khảo.

5. Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng tối đa một bài trong một số. Bài gửi đăng không trả lại bản thảo. Tác giả ghi số điện thoại và địa chỉ email vào cuối bài.

II. Đối với các bài tổng quan, trao đổi học tập, thông tin, bài dịch, kiến thức thường thức:

Đối với các bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan hoặc Hội chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu tiên của bài viết. Bài tổng quan được đánh bằng tiếng Việt, dài không quá 7 trang khổ A4 (kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo).

Các thông tin, bài dịch, kiến thức thường thức cần ghi rõ xuất xứ của nguồn tài liệu. Đối với bài dịch cần chụp toàn văn bản bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm bài dịch.

*Bài viết xin gửi về: Tòa soạn Tạp chí Y Dược thực hành 175, Bệnh viện Quân y 175 – Số 786 Nguyễn Kiệm, Phường 3, Quận Gò Vấp, TP. Hồ Chí Minh. Điện thoại: 069.641192 hoặc gửi qua email: tapchiyduocthuchanh175@gmail.com (tapchi.benhvien175.vn)