

TRƯỜNG HỢP CA BỆNH UNG THƯ TUYẾN MỒ HÔI

Lê Thanh Hiền¹, Nguyễn Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Ung thư tuyến mồ hôi là một bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 0,05% các loại ung thư da. Theo một số nghiên cứu, độ tuổi hay gặp bệnh lý ung thư tuyến mồ hôi là từ 50 - 70 tuổi. Hiện nay, việc điều trị bệnh này còn nhiều khó khăn do chưa có hướng dẫn điều trị cụ thể, tuy nhiên, theo nhiều chuyên gia trên thế giới, phẫu thuật là phương pháp điều trị được khuyến cáo hàng đầu. Tuy vậy, tỷ lệ tái phát của loại ung thư này khá cao nên cần được theo dõi tái khám định kỳ nhằm phát hiện các dấu hiệu sớm. Ngoài ra, việc chẩn đoán sớm là cực kỳ quan trọng nhằm hạn chế mức độ xâm lấn của khối u.

Từ khóa: Ung thư tuyến mồ hôi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến mồ hôi là một bệnh lý hiếm gặp, thường bị nhầm lẫn với các loại ung thư da khác. Bài báo cáo ca lâm sàng này giới thiệu một trường hợp bệnh ung thư tuyến mồ hôi với các nội dung liên quan tới lịch sử tự nhiên, các phát hiện bệnh lý và quản lý bệnh ung thư này.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Lịch sử ca bệnh

Bệnh nhân nữ 74 tuổi đến khám với một khối u xuất hiện tại vùng da đầu. Tổn thương này xuất hiện từ lúc bệnh nhân còn bé (không nhớ chính xác năm mấy tuổi) với kích thước tương đương đầu ngón tay. Khoảng 6 - 7 năm nay, tổn thương tăng nhanh về mặt kích thước, biến đổi hình thái, xuất hiện loét rỉ dịch. Bệnh nhân chưa từng điều trị trước đó.



Hình 1, 2. Hình ảnh khối u

1: Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, Bệnh viện Da liễu Trung ương

Ngày nhận bài: 15/5/2023

Ngày chấp nhận đăng: 20/5/2023

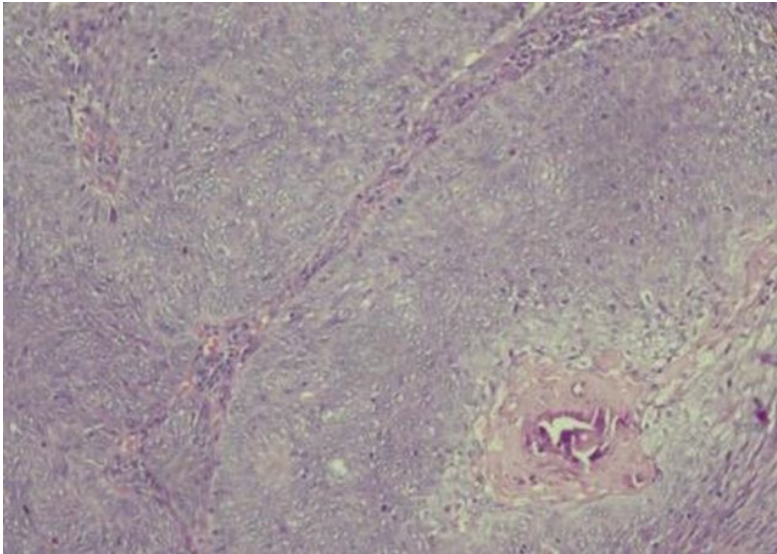
DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhn.40.106>



Đặc điểm cận lâm sàng

Qua thăm khám lâm sàng, các bác sĩ hướng tới một tổn thương không lành tính, do vậy bệnh nhân được làm một số xét nghiệm trong đó có xét nghiệm mô bệnh học nhằm chẩn đoán xác định khối u. Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp

với định hướng ban đầu, bệnh nhân được chẩn đoán: ung thư tuyến mồ hôi vùng chẩm (Eccrine Porocarcinoma). Sau khi có kết quả giải phẫu bệnh, bệnh nhân được hoàn thiện các xét nghiệm cơ bản, đánh giá mức độ xâm lấn của khối u trước khi tiến hành phẫu thuật.



Hình 3. Hình ảnh giải phẫu bệnh

Điều trị

Với đặc điểm giải phẫu bệnh cùng kết quả chẩn đoán hình ảnh liên quan tới mức độ xâm lấn, bệnh nhân đã được phẫu thuật bỏ rộng rãi

tổn thương và tạo hình tổn khuyết bằng phương pháp ghép da. Sau phẫu thuật bệnh nhân toàn trạng ổn định, được ra viện và tái khám theo dõi hàng tháng.

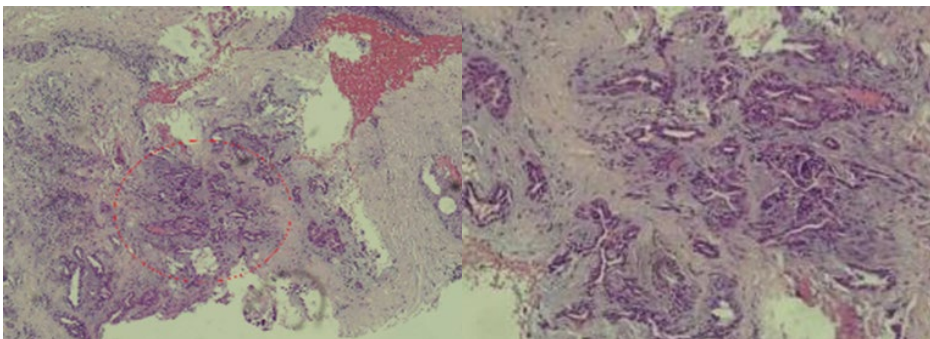
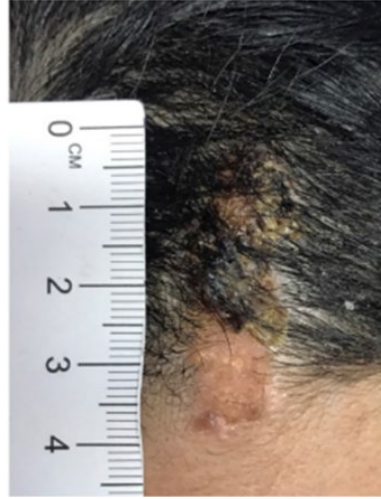


Hình 4, 5. Hình ảnh bệnh nhân sau phẫu thuật

3. BÀN LUẬN

Ung thư tuyến mồ hôi là một bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 0,05% các loại ung thư da. Theo nghiên cứu, độ tuổi hay gặp bệnh lý ung thư tuyến mồ hôi là từ 50 - 70 tuổi. Biểu hiện lâm sàng cũng không có đặc điểm riêng biệt nổi bật:

- Tổn thương thường ở vùng đầu mặt cổ, xuất hiện đơn độc, cứng chắc.
 - Kích thước đa dạng (1 - 5 cm).
 - Tổn thương có thể có giãn mạch xung quanh hoặc loét trên bề mặt.
- Việc chẩn đoán ung thư tuyến mồ hôi dựa vào mô bệnh học.





Ung thư tuyến mồ hôi lần đầu tiên được báo cáo vào giữa những năm 1800. Tuy nhiên, do sự hiếm gặp và sự thay đổi về hình thái mô học của chúng nên bệnh ít được quan tâm. Năm 1943, các dữ liệu được tóm tắt bởi Gates và cộng sự, nhưng chính Stout và Cooley mới là những người phát hiện hàng loạt khối u đầu tiên. Năm 1963, Pinkus và Mehregan báo cáo trường hợp đầu tiên của ung thư tuyến mồ hôi trong y văn. Đây là một khối u giàu glycogen ở một phụ nữ 82 tuổi với nhiều di căn da và hạch bạch huyết.

Giải phẫu bộ máy ống dẫn mồ hôi

Da người bao gồm các tuyến bã nhờn và tuyến mồ hôi. Các tuyến mồ hôi có thể là tuyến apocrine hoặc eccrine, nhưng rất khó để phân biệt giữa hai loại này. Các tuyến apocrine có thể được tìm thấy ở nách, vùng hậu môn sinh dục, tuyến vú và các tuyến lông của ống tai ngoài và mí mắt. Về mặt phát triển, chúng là phần phụ phát triển mạnh trong thời niên thiếu và tạo ra mùi đặc biệt.

Các tuyến mồ hôi được tìm thấy ở khắp mọi nơi trên cơ thể ngoại trừ dương vật, quy đầu, âm vật, môi bé và bề mặt bên trong của quy đầu. Các khu vực dày đặc nhất là lòng bàn tay, lòng bàn chân, đầu, thân và tứ chi. Không có tuyến mới nào được hình thành sau khi sinh.

Chức năng của tuyến mồ hôi ở mặt và thân là điều hòa nhiệt thông qua thoát nhiệt do bay hơi. Các tuyến trong lòng bàn tay và lòng bàn chân làm tăng lực bám. Các tuyến mồ hôi bao gồm những ống tiết dài, không phân nhánh, cuộn chặt, bài tiết mồ hôi qua một ống bài tiết. Các ống dẫn nằm ở lớp hạ bì và biểu bì. Phần thẳng trong da của ống dẫn là syrinx và phần cuộn trong da mở ra trên bề mặt da là acrosyringium. Các khối u của syrinx được gọi là syringomas và các khối u của acrosyringium là poromas. Thuật ngữ porocarcinoma được giới thiệu bởi Mishima và Morioka vào năm 1969 sau khi Pinkus báo cáo trường hợp của mình.

Pinkus lần đầu tiên đề xuất sự tồn tại của đơn vị tuyến mồ hôi eccrine, acrosyringium, vào năm 1939. Biến thể lành tính, 'poroma eccrine' sau đó

được Pinkus mô tả vào năm 1953. Ung thư tuyến mồ hôi là biến thể ác tính.

Tỷ lệ mắc bệnh

Loạt ca bệnh lớn nhất cho đến nay trong y văn là của Robson và cộng sự mô tả từ Bệnh viện St Thomas'. Tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến mồ hôi là không rõ ràng nhưng đã được báo cáo bởi Wick và cộng sự thấp tới 0,005% và 0,01%. Nó chủ yếu là một khối u của người già, ảnh hưởng đến bệnh nhân trẻ từ 50 đến hơn 80 tuổi.

Nguyên nhân

Nguyên nhân của ung thư biểu mô tuyến mồ hôi chưa được biết. Xạ trị, tác hại của ánh nắng mặt trời và ức chế miễn dịch đều được cho là những nguyên nhân có thể xảy ra, nhưng không có bằng chứng rõ ràng nào chứng minh điều này.

Thân, đầu, cổ và chi dưới là những vị trí của thương tổn, chiếm 50% trường hợp. Các vị trí ít gặp hơn bao gồm tai, da đầu và mặt. Bệnh nhân có thể có một lịch sử lâu dài về sự hiện diện của tổn thương, đôi khi lên đến 50 năm. Sự phát triển nhanh chóng của tổn thương có thể xảy ra trong một vài tháng. Mặc dù dân số da trắng thường được ghi nhận trong các nghiên cứu trường hợp, ung thư biểu mô tuyến mồ hôi đã được báo cáo ở các chủng tộc Afro Caribbean. Các tổn thương có thể xuất hiện dưới dạng các sẩn hoặc nốt sẩn không đau với sự tiến triển chậm và tăng trưởng trung bình trong 4 năm để có biểu hiện lâm sàng. Những nốt này có thể loét hoặc chảy máu khi bị chấn thương. Xu hướng giới tính không được chứng minh rõ ràng trong nghiên cứu này, với bệnh nhân nam và nữ bị ảnh hưởng như nhau. Có thể có di căn xa trong 25% trường hợp đến các vị trí như hạch bạch huyết vùng hoặc xa, sau phúc mạc, phúc mạc, xương đùi, vú, gan, bàng quang, buồng trứng, tuyến thượng thận, phổi và não.

Mô bệnh học

Một số tiêu chí bệnh lý đã được xác định để chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến mồ hôi. Đó là sự hiện diện của một mô hình xâm lấn có hoặc không có tính đa hình tế bào học đáng kể trong một khối u với sự biệt hóa bên ngoài.

Các khối u được hình thành từ các tế bào biểu mô cơ bản kết dính. Những tế bào này rất giàu glycogen và nhuộm dương tính với acid Schiff. Abenzo và Ackerman lập luận rằng chỉ riêng tế bào biểu mô không điển hình không có nghĩa là ác tính, bởi vì điều này được thấy trong u nang tuyến nội tiết lành tính. Do đó, bản chất của sự tiến triển của khối u và sự xâm lấn là yếu tố quan trọng nhất, bất kể không điển hình tế bào học.

Sự hiện diện của các ống loại eccrine có thể là điều kiện tiên quyết để chẩn đoán đáng tin cậy về ung thư biểu mô tuyến

Một số loại tế bào liên quan được tìm thấy trong ung thư biểu mô tuyến, chẳng hạn như tế bào vảy, tế bào trực chính, tế bào trong suốt, tế bào sản xuất chất nhầy và tế bào hắc tố. Sự hiện diện của các tế bào vảy trong tân sinh eccrine được mong đợi bởi vì các tế bào bên trong của acrosyngium thuộc loại vảy. Các tế bào hắc tố có thể xâm chiếm các khối u lành tính hoặc ác tính với sắc tố melanin cũng có trong di căn, dẫn đến chẩn đoán nhầm khối u ác tính. Các khối u ngoại tiết lành tính chứa tế bào hắc tố có thể phổ biến hơn ở những người da sẫm màu và có thể có nhiều sắc tố và có sắc tố thô. Một giả thuyết cho rằng các ống dẫn mồ hôi có các tế bào hắc tố trong tuần thứ 14 của thai kỳ và chúng sẽ mất đi sau đó trong quá trình phát triển phôi thai. Liệu những tế bào hắc tố này có tồn tại trong acrosyngium của tuyến mồ hôi sau khi sống trong bào thai hay tiết ra các yếu tố tăng trưởng tế bào hắc tố từ các tế bào khối u hay không vẫn còn phải xem xét.

Các chỉ số tiên lượng

Giai đoạn khối u có ý nghĩa rất quan trọng đối với tiên lượng, và sự xâm lấn vào hạch bạch huyết có thể cho thấy tỷ lệ tử vong lên tới 65%. Một số yếu tố liên quan đến tiên lượng cũng đã được nghiên cứu, bao gồm chỉ số phân bào, xâm lấn mạch bạch huyết, xâm lấn quanh dây thần kinh, hoại tử, kích thước và độ sâu của khối u và đặc điểm của rìa khối u.



Những lựa chọn điều trị

Tỷ lệ tái phát tại chỗ là khoảng 25%. Khối u lan rộng theo phương tiếp tuyến ở 1/3 dưới của biểu bì, sau đó xâm nhập vào lớp mỡ dưới biểu bì và hệ bạch huyết. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật cắt bỏ rộng tại chỗ với bờ âm tính cùng với nạo vét hạch nếu có hạch vùng. Vai trò của sinh thiết hạch lymphatic chưa được biết rõ trong ung thư biểu mô tuyến. Phẫu thuật vi mô Mohs đã được áp dụng thành công để điều trị một số trường hợp, không tái phát trong khoảng thời gian theo dõi 5 năm. Retinoids và interferon có một số lợi ích riêng biệt trong điều trị bệnh này. Không có báo cáo hoặc thử nghiệm nào trong tài liệu về việc sử dụng thành công xạ trị hoặc hóa trị liệu. Abenzo và Ackerman cho rằng rất khó để phân biệt khối u nguyên phát với di căn với sự lan rộng đáng kể của pagetoid. Có thể ổ của nhiều tổn thương được cho là di căn có thể là một phần của khối u nguyên phát đa ổ thực sự hơn là di căn lan rộng.

4. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến mồ hôi là một dạng ung thư da xâm lấn hiếm gặp chưa rõ nguyên nhân và ít hướng dẫn trong tài liệu về phác đồ điều trị và theo dõi chính xác. Bệnh cần phải được chẩn đoán phân biệt với bất kỳ tổn thương da đáng ngờ nào mà bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ nhìn thấy. Cần phối hợp với các chuyên gia giải phẫu bệnh lý để tránh chẩn đoán sai.

Cam kết không xung đột lợi ích: Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lloyd MS, El-Muttardi N, Robson A. Eccrine porocarcinoma: A case report and review of the literature. *Can J Plast Surg.* 2003;11(3):153-6. doi: 10.1177/229255030301100304. PMID: 24115860; PMCID: PMC3792754.