



**ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA VỚI TỔN THƯƠNG Ở LÒNG BÀN TAY:
BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP**

Trần Hữu Sơn¹, Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}, Bùi Thị Phương Minh², Phạm Thị Hoàng Yến¹, Trần Sơn Tùng¹, Phạm Đình Hoà^{1,2,*}

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Phạm Đình Hòa; email: phamdinhhhoa@hmu.edu.vn

DOI: 10.56320/tcdlhvn.51.324

TÓM TẮT

U hạt tế bào khổng lồ thoái hóa sợi chun (Elastolytic Giant Cell Granuloma – EGCG) là một rối loạn da hiếm gặp thuộc nhóm phản ứng viêm dạng u hạt, được giả thuyết là hậu quả của sự thay đổi tính kháng nguyên của sợi chun, kích hoạt đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào dẫn đến hiện tượng phá hủy và thực bào sợi chun. Bệnh thường gặp ở các vùng da hở chịu tác động của tia cực tím như mặt, cổ, cẳng tay; tuy nhiên, ngày càng có nhiều báo cáo ghi nhận các tổn thương xuất hiện tại vùng da được che phủ, không tiếp xúc ánh sáng. Tổn thương lâm sàng của EGCG thường không đặc hiệu, biểu hiện dưới dạng các sẩn hoặc mảng đỏ, đôi khi hợp thành hình vòng, bề mặt nhẵn, mật độ chắc, ranh giới tương đối rõ so với da lành xung quanh. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào mô bệnh học với đặc điểm đặc trưng là sự hiện diện của các tế bào khổng lồ đa nhân đang thực bào các sợi chun bị thoái hóa (elastophagocytosis). Mặc dù biểu hiện lâm sàng đa dạng và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý u hạt khác, EGCG nhìn chung có tiên lượng lành tính, thường đáp ứng tốt với các liệu pháp điều trị thông thường như corticosteroid bôi hoặc tiêm nội tổn thương, liệu pháp lạnh hoặc laser CO₂ phân đoạn.... Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp EGCG hiếm gặp với tổn thương lâm sàng khu trú tại vị trí lòng bàn tay, được chẩn đoán xác định nhờ mô bệnh học và điều trị thành công bằng corticosteroid kết hợp tacrolimus bôi tại chỗ.



Từ khóa: elastolytic giant cell granuloma; u hạt tế bào khổng lồ thoái hóa sợi chun; tổn thương lòng bàn tay; u hạt.

1. GIỚI THIỆU

Bệnh u hạt tế bào khổng lồ thoái hóa sợi chun (Elastolytic giant cell granuloma – EGCG) là một rối loạn da dạng u hạt hiếm gặp, chưa rõ nguyên nhân ^[1]. Bệnh lần đầu được mô tả với tên gọi u hạt do ánh sáng (*actinic granuloma*) hoặc u hạt tế bào khổng lồ thoái hóa sợi chun dạng vòng (*annular elastolytic giant cell granuloma – AEGCG*), đặc trưng bởi các mảng đỏ dạng vòng ở vùng da tiếp xúc với ánh sáng mặt trời ^{[2],[3]}. Gần đây, bệnh được gọi chung là EGCG do đã ghi nhận các tổn thương không có dạng vòng ở nhiều vùng da được che chắn khỏi ánh nắng. Tổn thương ở bàn tay đã được mô tả, nhưng hầu như chỉ khu trú ở mặt mu và mặt bên bàn tay. Trong bài này, chúng tôi xin báo cáo một ca lâm sàng EGCG hiếm gặp với tổn thương nằm ở cả gan bàn tay tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. CA LÂM SÀNG

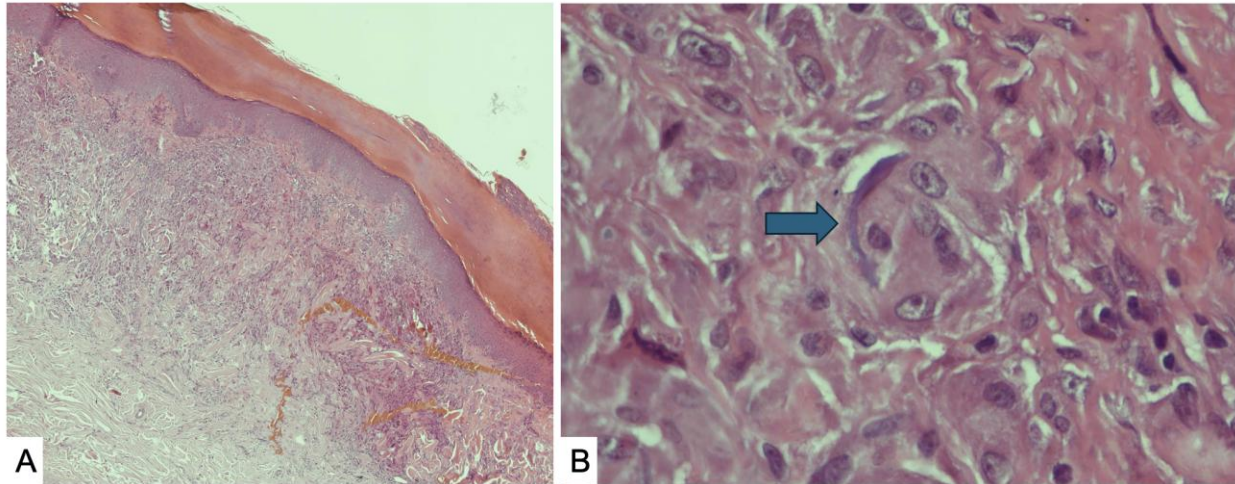
Bệnh nhân nữ 68 tuổi, không ghi nhận tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa khác, đến khám vì trong khoảng 3 tháng gần đây xuất hiện các tổn thương dạng sẩn đỏ kèm ngứa, khu trú dọc hai bờ ngón cái, ngón trỏ, rải rác ở mu các ngón và vùng gan bàn tay hai bên. Tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, bệnh nhân được thăm khám và đánh giá toàn diện bởi các bác sĩ chuyên khoa Da liễu, ghi nhận các tổn thương cơ bản gồm nhiều dát – sẩn đỏ, hình tròn hoặc bầu dục, kích thước 0,5 – 1 cm, ranh giới rõ với da lành, bề mặt nhẵn, một số có ít vảy mịn kèm ngứa nhẹ tại vị trí tổn thương. Bệnh nhân không có tiền sử chấn thương, không tiếp xúc thường xuyên với ánh sáng mặt trời hay các yếu tố cơ học tại vùng tổn thương.



Hình 1. Ảnh lâm sàng bệnh nhân trước điều trị

(Nguồn: Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Da liễu Trung ương)

Bệnh nhân được chỉ định sinh thiết tổn thương tại vị trí gan tay. Hình ảnh mô bệnh học cho thấy thượng bì có hiện tượng dày lớp sừng và quá sản thượng bì dạng vảy nến. Ở trung bì, quan sát thấy phản ứng viêm dạng u hạt, thành phần tế bào viêm chủ yếu gồm bạch cầu đơn nhân và các tế bào khổng lồ đa nhân. Đặc biệt, ghi nhận hiện tượng thoái hóa và đứt gãy các sợi chun, kèm hình ảnh các tế bào khổng lồ đang thực bào sợi chun (elastophagocytosis). Ngoài ra, sự tăng sinh của các bó collagen cũng được nhận ghi nhận.



Hình 2. Mô bệnh học tổn thương của bệnh nhân

(A) Phản ứng viêm dạng u hạt của các bạch cầu đơn nhân, tế bào khổng lồ, kèm tăng sinh các bó sợi collagen trong lớp trung bì.

(B) Sợi chun bị đứt gãy nằm trong tế bào khổng lồ (Hiện tượng thực bào sợi chun – *Elastophagocytosis*) (mũi tên).

(Nguồn: Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Da liễu Trung ương)

Sau khi đối chiếu đặc điểm mô bệnh học với hình thái tổn thương lâm sàng, chúng tôi đưa ra chẩn đoán xác định Elastolytic giant cell granuloma (EGCG). Đây là một bệnh lý lành tính và có thể tự thoái triển, do đó việc điều trị không phải lúc nào cũng bắt buộc, đặc biệt khi bệnh nhân không có triệu chứng. Tuy nhiên, do bệnh nhân của chúng tôi có triệu chứng ngứa ảnh hưởng đến sinh hoạt, chúng tôi đã quyết định điều trị bằng corticosteroid hoạt tính mạnh (clobetasol propionate 0.05%), bôi mỗi ngày 1 lần trong tuần đầu tiên, sau đó bôi cách ngày trong tuần thứ 2 rồi ngừng, kết hợp bôi xen kẽ với tacrolimus 0.1%. Sau 1 tháng, các tổn thương giảm rõ rệt, chỉ còn rải rác dát sần màu hồng hoặc màu da, không bong vảy, không ngứa, bệnh nhân không duy trì thuốc bôi. Tại thời điểm viết báo cáo tương ứng với sau 2 tháng sau khi bắt đầu điều trị, các tổn thương không thay đổi, không còn triệu chứng cơ năng tại tổn thương.

3. BÀN LUẬN

EGCG là một rối loạn u hạt hiếm gặp, lần đầu được mô tả năm 1975 bởi O'Brien với tên gọi u hạt do ánh sáng, biểu hiện bằng các sẩn và mảng dạng vòng, ban đỏ, có bờ gồ cao và trung



Tạp chí Da liễu học Việt Nam số 51 – Báo cáo ca bệnh

tâm teo nhẹ, giảm sắc tố. Các vùng da thường tiếp xúc với ánh sáng mặt trời như mặt, cổ, phần trên thân mình và cánh tay thường bị ảnh hưởng^[3]. Bệnh xảy ra chủ yếu ở phụ nữ da sáng màu, tuổi trung niên, và đa phần không có triệu chứng.

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của EGCG vẫn chưa được hiểu rõ. Các nghiên cứu hiện tại cho thấy sợi chun đóng vai trò thiết yếu trong cơ chế bệnh sinh của EGCG, và những vùng không có sợi chun, như sẹo bỏng hoặc vết rạn da, không bị ảnh hưởng bởi bệnh này^{[4][5]}. Các yếu tố môi trường như tia cực tím, nhiệt, hoặc yếu tố từ cơ thể như tổn thương mạch máu, bệnh hệ thống hay ung thư trong cơ thể, được giả thuyết là có thể thay đổi tính kháng nguyên của sợi chun. Sự thay đổi này có thể kích hoạt một chuỗi phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào, cuối cùng dẫn đến phản ứng u hạt, tiêu hủy sợi chun (elastolysis) và thực bào sợi chun (elastophagocytosis)^[6]. Ca bệnh của chúng tôi đặc biệt ở chỗ tổn thương xuất hiện ở cả lòng bàn tay – một vị trí được che chắn hoàn toàn khỏi ánh nắng. Điều này đặt ra câu hỏi về các yếu tố khởi phát khác ngoài tia UV, mặc dù bệnh nhân không ghi nhận chấn thương rõ ràng nhưng vẫn không loại trừ khả năng các vi chấn thương lặp đi lặp lại trong sinh hoạt hàng ngày đã đóng vai trò như một yếu tố kích thích tại chỗ, làm thay đổi cấu trúc sợi chun và khởi phát bệnh. Về các yếu tố bệnh lý nội khoa liên quan, hiện chúng tôi chưa phát hiện bất thường ở bệnh nhân này.

Về mặt lâm sàng, Qian và cộng sự gần đây đã công bố 105 ca EGCG, trong đó 72,4% ca chỉ có tổn thương ở vùng tiếp xúc ánh sáng mặt trời; 20,9% có tổn thương ở cả vùng tiếp xúc và không tiếp xúc ánh sáng, và một số ít (6,7%) chỉ có tổn thương ở vùng da không tiếp xúc ánh sáng^[1]. Trong nghiên cứu này, tổn thương ở bàn tay cũng được ghi nhận, nhưng hoàn toàn xảy ra ở mặt mu tay – vùng da tiếp xúc ánh sáng. Tác giả Qian cũng thống kê các đặc điểm lâm sàng của EGCG với 5 thể: thể vòng, thể sần, thể khổng lồ, thể lan toả và thể hỗn hợp. Khi đối chiếu với bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy về mặt lâm sàng bệnh nhân này có tổn thương ở cả vị trí lòng bàn tay là vị trí không điển hình, không tiếp xúc với ánh sáng, kèm theo đó tổn thương cơ bản của bệnh nhân là sẩn đỏ không đặc hiệu cho các thể lâm sàng cổ điển của EGCG.

Chẩn đoán phân biệt chính trên lâm sàng cần đặt ra là Collagenous and elastotic marginal plaques of the hands (CEMPH) với biểu hiện sẩn mảng đỏ ở rìa bàn tay khá tương tự. Tuy nhiên, hình ảnh mô bệnh học của CEMPH không có phản ứng viêm u hạt hay hiện tượng thực bào sợi chun. Ngoài ra, u hạt hình nhẫn (granuloma annulare) cũng là một chẩn đoán phân biệt khác,



Tạp chí Da liễu học Việt Nam số 51 – Báo cáo ca bệnh

nhưng bệnh này thường có tổn thương dạng vòng và trên mô bệnh học có hình ảnh u hạt dạng hàng rào và lắng đọng mucin, khác với EGCG [7]. Trường hợp này một lần nữa khẳng định vai trò "tiêu chuẩn vàng" của sinh thiết và phân tích mô bệnh học trong chẩn đoán EGCG, đặc biệt là khi biểu hiện lâm sàng không điển hình. Việc phát hiện các tế bào khổng lồ đa nhân thực bào các sợi chun là đặc điểm mấu chốt để chẩn đoán xác định [1].

Về điều trị, EGCG là một bệnh lý lành tính, có thể tự thoái lui sau vài tháng đến vài năm, thường không có triệu chứng [1], do đó việc điều trị là không bắt buộc. Hiện chưa có phương pháp điều trị tiêu chuẩn nào, đáp ứng tốt của bệnh nhân với corticosteroid bôi tại chỗ phù hợp với một số báo cáo trong y văn, cho thấy đây là một lựa chọn an toàn và hiệu quả cho các trường hợp EGCG khu trú và có triệu chứng. Một số phương pháp khác đã được báo cáo với kết quả khác nhau, bao gồm corticosteroid tiêm nội tổn thương hoặc toàn thân, HCQ, cyclosporine, áp lạnh, methotrexate, isotretinoin, acitretin, pentoxifylline, retinoid kết hợp chiếu PUVA, pulsed dye laser và laser CO₂ phân đoạn [1] [8] [9] [10].

4. KẾT LUẬN

U hạt tế bào khổng lồ thoái hóa sợi chun (EGCG) là một bệnh lý da lành tính nhưng có thể biểu hiện lâm sàng đa dạng, gây khó khăn trong chẩn đoán nếu chỉ dựa vào lâm sàng. Chúng tôi đã báo cáo một trường hợp EGCG hiếm gặp với tổn thương ở lòng bàn tay, nhấn mạnh rằng EGCG nên được xem xét trong chẩn đoán phân biệt các tổn thương dạng sẩn ở vị trí này. Chẩn đoán xác định phải dựa vào mô bệnh học với hình ảnh thực bào sợi chun đặc trưng. Điều trị bằng corticosteroid bôi tại chỗ có thể mang lại hiệu quả tốt trong việc kiểm soát triệu chứng và làm thoái lui tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Qian YT, Liu JW, Liu W, Chen T, Tan Y, Ma DL. A Retrospective Study of 105 Patients with Elastolytic Giant Cell Granuloma and a Proposal for a New Clinical Classification. *Acta Derm Venereol.* 2022;102:adv00684. doi:10.2340/actadv.v102.1985
2. O'Brien JP. Actinic Granuloma: An Annular Connective Tissue Disorder Affecting Sun and Heat-Damaged (Elastotic) Skin. *Arch Dermatol.* 1975;111(4):460. doi:10.1001/archderm.1975.01630160050003

3. Ma DL, Vano-Galvan S. Actinic Granuloma. *N Engl J Med.* 2017;376(5):475-475.
doi:10.1056/NEJMicm1600384
4. Özkaya-Bayazit, Büyükbabani, Baykal, Öztürk, Okçu, Soyer. Annular elastolytic giant cell granuloma: sparing of a burn scar and successful treatment with chloroquine. *British Journal of Dermatology.* 1999;140(3):525-530. doi:10.1046/j.1365-2133.1999.02723.x
5. Oka M, Kunisada M, Nishigori C. Generalized annular elastolytic giant cell granuloma with sparing of striae distensae. *The Journal of Dermatology.* 2013;40(3):220-222.
doi:10.1111/1346-8138.12048
6. Szabo SR, Fernelius C, Arora N. Annular elastolytic giant cell granuloma: mysterious enlarging scarring lesions. *Cutis.* 2019;103(1):E5-E7.
7. Promsena P, Triyangkulsri K, Rutnin S. Two Case Reports of Elastolytic Giant Cell Granuloma on the Palms. *CCID.* 2023;Volume 16:2497-2502. doi:10.2147/CCID.S422554
8. Lazzarini R, Rotter A, Farias DCD, Muller H. Granuloma actínico de O'Brien: apresentação clínica exuberante. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):339-342. doi:10.1590/S0365-05962011000200019
9. Stefanaki C, Panagiotopoulos A, Kostakis P, Stefanaki K, Petridis A. Actinic granuloma successfully treated with acitretin. *Int J Dermatol.* 2005;44(2):163-166. doi:10.1111/j.1365-4632.2005.02043.x
10. Mamalis A, Ho D, Parsi KK, Jagdeo J. Successful Treatment of Actinic Granuloma With Pulsed-Dye Laser and Fractionated Carbon Dioxide Laser. *Dermatol Surg.* 2018;44(3):452-454. doi:10.1097/DSS.0000000000001227

SUMMARY

Case report

ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA WITH PALMAR INVOLVEMENT: A RARE CLINICAL CASE REPORT

Elastolytic Giant Cell Granuloma (EGCG) is a rare dermatologic disorder classified among granulomatous inflammatory reactions. It is hypothesized to result from altered antigenicity of elastic fibers, triggering a cell-mediated immune response that leads to elastolysis and elastophagocytosis. EGCG typically occurs in sun-exposed areas such as the face, neck, and forearms; however, an increasing number of reports have documented lesions in covered, non-photo-exposed sites. Clinical manifestations are nonspecific, often presenting as erythematous papules or plaques, occasionally forming annular configurations, with smooth surfaces, firm consistency, and relatively well-demarcated borders. Definitive diagnosis relies on histopathology, characterized by multinucleated giant cells actively phagocytosing degenerated elastic fibers. Despite its diverse clinical presentation and potential for misdiagnosis with other granulomatous conditions, EGCG generally carries a benign prognosis and responds favorably to conventional therapies, including topical or intralesional corticosteroids, cryotherapy, or fractional CO₂ laser. In this report, we describe a rare case of EGCG localized to the palmar region, confirmed histologically and successfully treated with a combination of topical corticosteroids and tacrolimus. This case highlights the importance of considering EGCG in the differential diagnosis of granulomatous lesions arising in atypical, non-sun-exposed sites.

Keywords: elastolytic giant cell granuloma; elastolytic giant cell granuloma (EGCG); palmar involvement; granuloma.