

Báo cáo trường hợp

U tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng không điển hình có tổn thương hạch lympho: Báo cáo ca bệnh và hồi cứu y văn

Thái Thị Thu Nga¹, Lê Hồ Ngọc Trâm², La Hoài Thành³, Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1*}

¹Bộ môn Mô phôi - Giải phẫu bệnh, Trường Y - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đơn vị Giải phẫu bệnh, Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đại học Y Dược (Cơ sở 2)

³Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Chợ Rẫy

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Ngô Thị Tuyết Hạnh; Email: ngothituyethanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 23/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 02/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 10/08/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-2.45

Tóm tắt

Trước đây, “di căn” thường chỉ được dùng để mô tả sự lan rộng của các khối u ác tính, nhưng các nghiên cứu gần đây đã phát hiện rằng hiện tượng mô u lành tính hiện diện trong các hạch bạch huyết hoặc các cơ quan xa, tương tự như các khối u ác tính. Và thuật ngữ “di căn lành tính” xuất hiện ngày càng nhiều. Nhiều giả thuyết đã được đưa ra nhằm lý giải cơ chế của hiện tượng này, tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 69 tuổi đến khám vì khối vùng bẹn phải. Kết quả tầm soát toàn thân không phát hiện bất thường tại gan, phổi, não, dạ dày, đại tràng, tinh hoàn và tuyến tiền liệt. Tổn thương đại thể kích thước 20 x 15 x 10 mm, mặt cắt trắng ngà, đồng nhất, lấm tấm nâu. Xét nghiệm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch giúp hỗ trợ chẩn đoán u tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng xâm nhập hạch. Ba tháng sau hậu phẫu, siêu âm không còn tổn thương, sẹo mổ đẹp.

Từ khóa: u tuyến mồ hôi không điển hình; u tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng; di căn lành tính.

Atypical clear cell hidradenoma with lymph node involvement: A case report and literature review

Thái Thị Thu Nga¹, Lê Hồ Ngọc Trâm¹, La Hoài Thành², Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1*}

¹Department of Histology, Embryology and Pathology, School of Medicine,

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Department of Pathology, Laboratory Department, University Medical Center Ho Chi Minh City, Branch 2, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Department of Pathology, Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

Abstract

Traditionally, the term metastasis has been reserved for the spread of malignant tumors. However, recent studies have identified the presence of benign tumor tissue within lymph nodes or distant organs outside of the primary site-mimicking the dissemination pattern of malignant neoplasms. As a result, the concept “benign metastasis” has gained attention and is increasingly discussed in the scientific literature. Although several hypotheses have been proposed to explain this phenomenon, it remains a topic of debate. We report a rare case of clear cell hidradenoma with suspected benign metastasis to a lymph node, an uncommon phenomenon that challenges the traditional benign nature of this tumor type. A 69-year-old male presented with a mass in the right inguinal region. Systemic evaluation showed no abnormalities in the liver, lungs, brain, stomach, colon, testes, or prostate. Gross examination revealed a lesion measuring 20 × 15 × 10 mm, with a homogeneous ivory-white cut surface, interspersed with brown speckles. Histopathological and immunohistochemical examinations confirmed the diagnosis of clear cell hidradenoma involving the lymph node. Three months post-surgery, follow-up ultrasound showed no residual lesion, and the surgical site was healing well.

Keywords: atypical hidradenoma; clear cell hidradenoma; benign metastasis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến mồ hôi là một tân sinh phần phụ khá phổ biến và lành tính có thể xuất hiện ở hầu hết các vị trí giải phẫu trên cơ thể. Mặc dù đa số các tổn thương này có hình thái lành tính nhưng vẫn gặp một số trường hợp biểu hiện các đặc điểm không điển hình, chẳng hạn như nhân dị dạng, tăng sắc, hạt nhân

rõ hoặc tế bào phì đại. Tuy nhiên, các thay đổi này không đồng nghĩa với ác tính, đặc biệt khi không ghi nhận hiện tượng phân bào bất thường [1]. Hiếm gặp hơn nữa là các khối u có đặc điểm mô bệnh học rõ ràng là lành tính nhưng vẫn có khả năng xâm lấn tại chỗ, thậm chí di căn xa. Trong những tình huống như vậy, nếu bệnh nhân không xuất hiện biến cố bất lợi

sau một thời gian theo dõi đủ dài, gợi ý rằng các phát hiện trên có thể phản ánh hiện tượng “di căn lành tính” [2]. Trong thực hành lâm sàng, các phát hiện này vẫn nên được xem xét thận trọng.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp u tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng có hình thái lành tính xâm nhập hạch bạch huyết. Các thuật ngữ như “tân sinh giống u tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng với tiềm năng ác tính không xác định” hay “u tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng không điển hình” đã được đề xuất để mô tả những tổn thương này [3]. Trong những trường hợp này, điều trị xâm lấn quá mức là không cần thiết, nhưng cần theo dõi lâu dài [4].

2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 69 tuổi đến khám vì khối vùng bẹn phải. Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý ung thư hay di truyền trước đây. Siêu âm phần mềm vùng bẹn phải ghi nhận sang thương dạng đặc echo kém không đồng nhất, kích thước 31 x 17 mm, bên trong hóa nang, giới hạn rõ, không vôi hóa, tăng sinh mạch máu nhiều (Hình 1). Kết quả tầm soát toàn thân không phát hiện

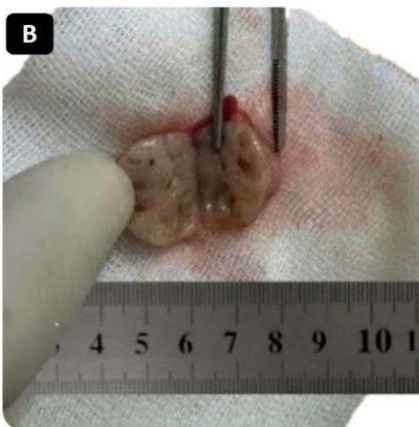
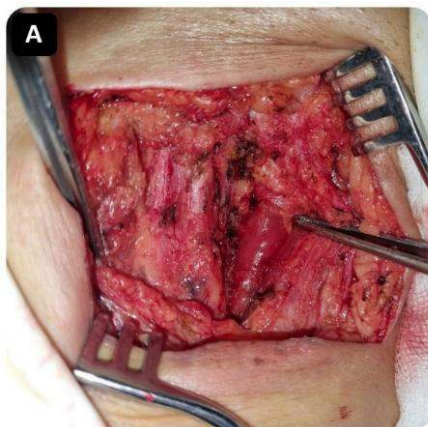
bất thường tại gan, phổi, não, dạ dày, đại tràng, tinh hoàn và tuyến tiền liệt. Quan sát đại thể, sau khi bóc tách, khối u nằm trong mô mỡ màu vàng nâu dính da, tổn thương có kích thước 20 x 15 x 10 mm, mặt cắt trắng ngà đồng nhất, lấm tấm nâu (Hình 2).

Trên tiêu bản H&E, mô u hiện diện trong xoang dưới vỏ và lan vào nhu mô hạch, tạo các ổ tế bào (Hình 3A). Mô u gồm 2 quần thể tế bào: tế bào sáng và tế bào ái toan. Tế bào sáng với bào tương glycogen hóa, nhân tăng sắc, lệch tâm. Tế bào đa giác, bào tương ái toan, nhân bầu dục, hạt nhân rõ. Các tế bào sắp xếp tạo cấu trúc dạng đặc chia thùy trên nền mô đệm hyalin hóa (Hình 3B), có vài vùng biệt hóa ống tuyến (Hình 3C, 3D). Dấu ấn EMA dương với các thành phần ống, CK5/6, p63 biểu hiện ở vùng đặc và cả thành phần ống góp, Ki67 của tế bào u dưới 1%, CD10 âm tính ở vị trí vùng đặc và PAX8 âm tính giúp ủng hộ chẩn đoán u tuyến mồ hôi di căn hạch.

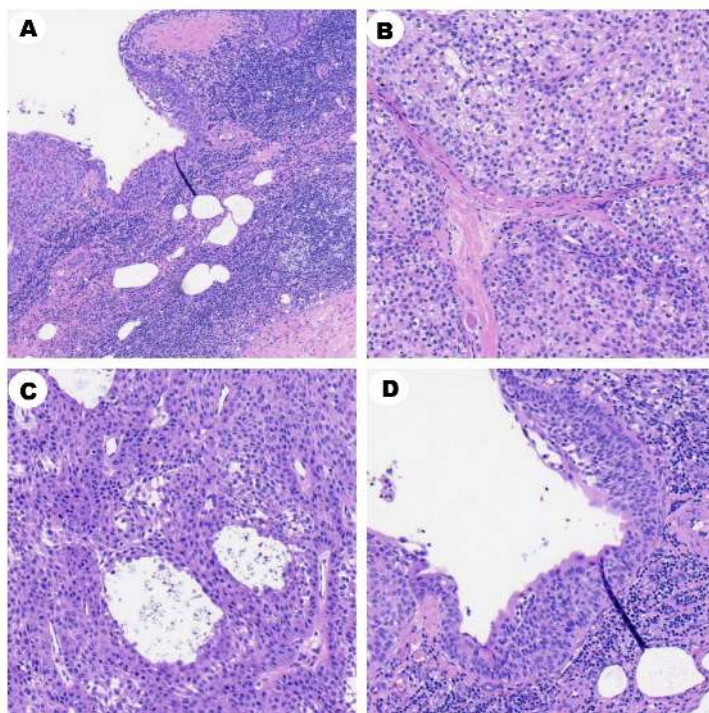
Sau một tháng phẫu thuật, bệnh nhân được siêu âm kiểm tra lại, không còn tổn thương, vết mổ lành tốt. Bệnh nhân được theo dõi và tái khám sau ba tháng và không điều trị thêm.



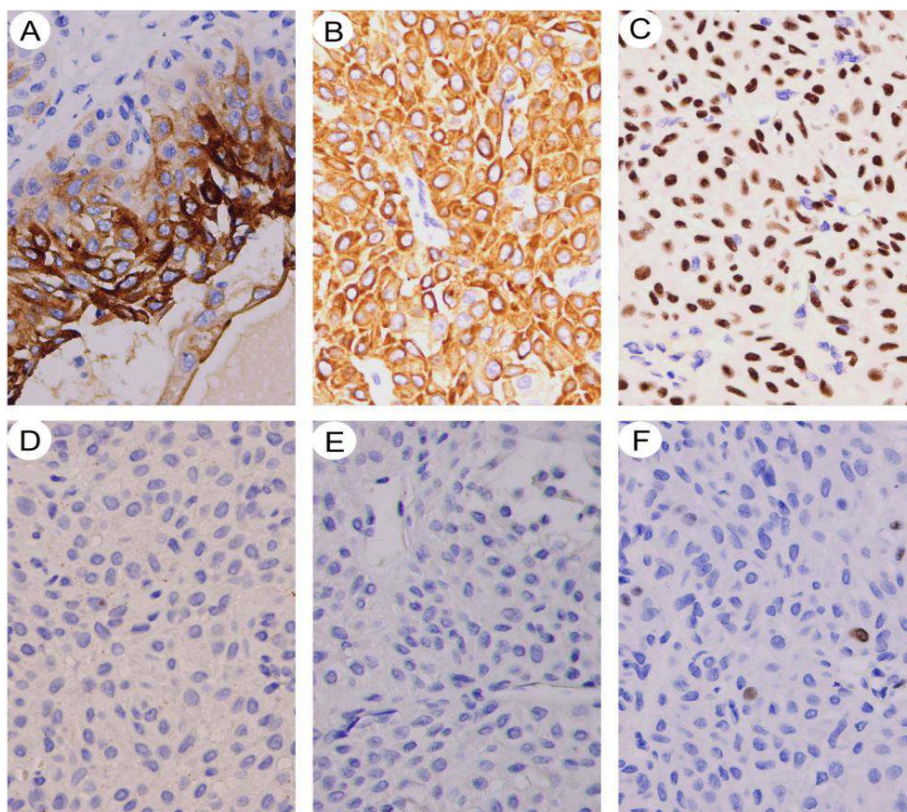
Hình 1. Siêu âm phần mềm đùi phải



Hình 2. Đại thể khối u vùng bẹn phải



Hình 3. (A) Mô u trên nền hạch (H&E x40). (B) Mô u có dạng đặc chia thùy (H&E x100). (C, D) Mô u biệt hóa ống/tuyến (H&E x100)



Hình 4. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch. (A) EMA (+) thành phần ống (x400). (B) CK5/6 (+) (x400). (C) P63 (+) (x400). (D) CD10 (-) (x400). (E) PAX8 (-) (x400). (F) Ki67 ~1% (x400)

3. BÀN LUẬN

U tuyến mồ hôi là một tân sinh phần phụ khá phổ biến và lành tính, thường gặp ở thân mình và vùng đầu cổ (nhất là ở da đầu). Các vị trí khác ít gặp hơn, nhưng khối u có thể xuất hiện ở hầu hết các vị trí giải phẫu trên cơ thể. U thường xuất hiện dạng nốt đơn độc, không có triệu chứng, phát triển chậm, đường kính trung bình từ 5 đến 30 mm [5].

Trên vi thể, u có giới hạn rõ, nằm trong lớp bì, hiếm khi xâm lấn xuống mô mỡ dưới da. Một số khối u có liên quan đến cấu trúc nang lông hoặc ở vùng nổi, thậm chí thay thế hết lớp thượng bì [6]. Về cấu trúc, u phát triển dạng đặc và/hoặc nang, biệt hóa tuyến/ống. Ở các vùng đặc, khối u thường có cấu trúc nhiều thùy nhỏ với ranh giới rõ trên nền mô đệm hyalin hóa [5]. Về mặt tế bào, u gồm nhiều loại tế bào với tỷ lệ thay đổi. Tế bào sáng là loại phổ biến nhất, có bào tương nhiều, sáng, chứa nhiều glycogen, màng tế bào rõ, nhân nhỏ lệch tâm. Một số vùng chứa các tế bào hình tròn, hình thoi hoặc đa giác với bào tương ái toan, nhân tròn hoặc bầu dục, chất nhiễm sắc dạng hạt, nhân có khía và hạt nhân nổi bật. Ngoài ra, có thể thấy tế bào gai, phòng bào, tế bào nhầy, tế bào trung gian [6]. Thâm nhiễm lymphô bào, tương bào thừa thớt, đôi khi có các ổ lymphô bào với trung tâm mầm ở ngoại vi [5].

Việc xác định đặc điểm hóa mô miễn dịch của các u tuyến mồ hôi gặp nhiều thách thức do u biểu hiện khác nhau tùy theo loại tế bào và vùng cấu trúc trong khối u, kèm theo là sự đa dạng trong biểu hiện của các Cytokeratin. Tuy nhiên, vẫn có sự nhất quán tương đối giữa các nghiên cứu về các đặc điểm hóa mô miễn dịch như sau: Cấu trúc tuyến dương tính với CK7, CAM5.2, EMA/CEA (tập trung ở bờ lòng ống) [5]. Trong đó, EMA và CEA có giá trị đặc biệt trong việc xác định biệt hóa ống tuyến [6]. Thành phần tế bào sáng âm tính với hầu hết các Cytokeratin, ngoại trừ CK10. Toàn bộ khối u âm tính với S-100, ngoại trừ một số tế bào Langerhans. Một số nghiên cứu báo cáo một quần thể được cho là tế bào cơ biểu mô dương tính với α -SMA, tuy nhiên, nhiều nhà nghiên cứu khác không quan sát thấy biệt hóa tế bào cơ biểu mô trong u tuyến mồ hôi lành tính [6].

Khoảng 50% trường hợp u tuyến mồ hôi mang chuyển đoạn t(11;19), dẫn đến sự hợp nhất giữa hai gen: *MECT1* trên nhiễm sắc thể 19p13 và *MAML2* trên nhiễm sắc thể 11q21. Chuyển đoạn này khá phổ biến hơn ở các khối u có đặc điểm tế bào sáng. Sự hợp nhất hai gen này làm hoạt hóa bất thường các gen thuộc đường truyền tín hiệu cAMP/CREB và gây rối loạn con đường Notch, cả hai đều có vai trò quan trọng trong quá trình sinh ung thư biểu mô [5, 6].

Trong ca bệnh của chúng tôi, thấy rõ khối u nằm

trong cấu trúc hạch. U gồm vùng đặc chia thùy trên nền hyalin hóa và các cấu trúc biệt hóa tuyến/ống. U mang đặc điểm tế bào sáng và tế bào đa giác ái toan. Các đặc điểm hóa mô miễn dịch gồm: EMA dương với các thành phần ống, CK5/6, p63 biểu hiện ở vùng đặc và cả thành phần ống góp, Ki67 tế bào u dưới 1% góp phần ủng hộ u tuyến mồ hôi, CD10 âm tính vị trí vùng đặc và PAX8 âm tính giúp loại trừ khả năng carcinôm tế bào sáng của thận di căn hạch.

Bệnh nhân của chúng tôi có khối u tồn tại trong cấu trúc hạch. Những năm trở lại đây, xâm nhập mạch bạch huyết và các ổ tế bào u trong hạch lymphô đã được báo cáo theo hướng lành tính. Tuy nhiên, khi theo dõi dài hạn, không quan sát thấy hậu quả bất lợi ở những bệnh nhân này và những phát hiện này có thể đại diện cho hiện tượng “di căn lành tính” [2, 3]. “Di căn lành tính” không phải là một khái niệm hoàn toàn mới, nhưng gần đây nó đã thu hút sự chú ý và nghiên cứu trong y văn. Trước đây, “di căn” thường chỉ được dùng để mô tả sự lan rộng của các khối u ác tính, nhưng các nghiên cứu gần đây đã phát hiện rằng một số tổn thương lành tính cũng có khả năng lan ra ngoài cơ quan nguyên phát, giống như các khối u ác tính. Đã có nhiều trường hợp được ghi nhận như u cơ trơn lành tính di căn phổi hay u tuyến đa dạng của tuyến nước bọt di căn hạch [7, 8].

Nhằm lý giải cơ chế của hiện tượng này, nhiều giả thuyết đã được đưa ra tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi. Đầu tiên có thể là do mô lạc chỗ trong quá trình phát triển phôi thai, hiện tượng này khá phổ biến khi ta có thể thấy được các nang giáp lành tính ở hạch cổ. Hoặc trường hợp các tế bào tân sinh bị gieo rắc trong các thủ thuật xâm lấn hoặc chấn thương. Cũng có nhiều trường hợp ghi nhận bản chất thật sự của khối u là ác tính biệt hóa rất tốt, dù trên mô học có vẻ lành tính, nhưng các khối u này có thể có tiềm năng ác tính mà mô bệnh học thông thường không phát hiện được. Tuy nhiên, chưa có cơ chế nào được khẳng định là nguyên nhân chính, do đó bản chất của hiện tượng này vẫn còn để ngỏ và cần được nghiên cứu thêm.

So sánh với các ca đã được báo cáo trong y văn, ca bệnh của chúng tôi cũng có đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch tương tự. Tuy nhiên, báo cáo ca bệnh này vẫn còn những khó khăn. Thứ nhất, không ghi nhận được khối u nguyên phát trên da hoặc ngoài hạch, do đó việc khẳng định bản chất “di căn” thực sự còn gặp nhiều hạn chế. Mặc dù sự hiện diện của tế bào u trong xoang dưới vỏ và lan vào nhu mô hạch, gợi ý mối liên quan đến hệ dẫn lưu bạch huyết, nhưng với đặc điểm hình thái hoàn toàn lành tính và thiếu bằng chứng về u nguyên phát, việc xác định cơ chế bệnh sinh vẫn còn nhiều thách thức. Thứ

hai, thời gian theo dõi hiện tại còn ngắn, chưa đủ để loại trừ hoàn toàn khả năng tiến triển ác tính.

Tóm lại, các phát hiện này vẫn nên được xem xét thận trọng, vì nguy cơ tái phát và có thể mang tiềm năng sinh học ác tính vẫn chưa xác định. Vì vậy trong thực hành lâm sàng các khối u tuyến mồ hôi lành tính xâm nhập hạch như trường hợp này nên được phân loại là u tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng không điển hình hoặc tân sinh giống u tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng có tiềm năng ác tính không xác định [3]. Trong những trường hợp này, điều trị xâm lấn quá mức nên được tránh, nhưng cần theo dõi lâu dài.

4. KẾT LUẬN

U tuyến mồ hôi dạng tế bào sáng có xâm nhập hạch bạch huyết là hiện tượng hiếm gặp, gợi ý nghi ngờ về khả năng lan rộng của một loại u vốn được xem là lành tính. Hiện tượng “di căn lành tính” vẫn còn nhiều tranh cãi, với nhiều giả thuyết được đưa ra nhưng chưa có cơ chế nào được xác nhận rõ ràng. Mặc dù thường mang đặc điểm lành tính trên mô học, bản chất sinh học của khối u này vẫn chưa hoàn toàn được hiểu rõ và cần được theo dõi lâu dài. Những trường hợp như vậy nên được phân loại là u không điển hình hoặc tân sinh có tiềm năng ác tính không xác định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Longacre TA. Mills and Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
2. Au B, Sidiropoulos KG, Ghazarian D, Sidiropoulos M. Lymph node involvement by a clear cell nodular hidradenoma-like tumor of uncertain malignant potential. *Am J Dermatopathol*. 2017;39(12):953-954.
3. Stefanato CM, Ferrara G, Chaudhry IH, Guevara Pineda C, Waschkowski G, Rose C, et al. Clear cell nodular hidradenoma involving the lymphatic system: a tumor of uncertain malignant potential or a novel example of "metastasizing" benign tumor? *Am J Surg Pathol*. 2012;36(12):1835-1840.
4. Gonzalez-Lopez G, Garrido-Ruiz MC, Rios-Martin JJ, Rodríguez-Peralto JL. Three cases of clear cell hidradenoma with "benign" lymph node involvement. *Am J Dermatopathol*. 2021;43(6):e76-e79.
5. Kazakov DV, Michal M, Kacerovska D, McKee PH. Cutaneous Adnexal Tumors. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
6. Calonje E, Brenn T, Lazar AJ, Billings SD. McKee's Pathology of the Skin. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
7. Yin X, Wei X, Al Shamsi R, Ali FS, Al Kindi F, Zhang X, et al. Benign metastasizing fumarate hydratase (FH)-deficient uterine leiomyomas: clinicopathological and molecular study with first documentation of multi-organ metastases. *Virchows Arch*. 2024;485(2):223-231.

8. Andrea S, Carlotta L, Marina S, Giulio R, Roberto S. Metastasizing pleomorphic adenoma of the parotid gland: where are we now? A systematic literature review. *J Maxillofac Oral Surg*. 2025;24(3):664-673.