

MALAKOPLAKIA Ở THẬN GIẢ U ÁC TÍNH TRÊN HÌNH ẢNH HỌC: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

**Lê Thị Quỳnh Mai^{1,2*}, Lê Hồ Ngọc Trâm¹,
Phạm Quốc Thắng¹, Thái Anh Tú²**

TÓM TẮT

Malakoplakia là một bệnh viêm u hạt hiếm gặp, đặc trưng bởi sự hiện diện của các đại thực bào chứa thể vùi Michaelis-Gutmann. Tổn thương tại thận đặc biệt hiếm và dễ bị nhầm lẫn với khối u ác tính trên hình ảnh học. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ, 62 tuổi, tiền sử đái tháo đường type 2, nhập viện vì đau âm ỉ vùng hông lưng trái kéo dài một tháng. Hình ảnh CT bụng ghi nhận khối nghi ngờ ác tính ở thận trái, do đó chỉ định cắt thận được đưa ra. Tuy nhiên, mô bệnh học sau mổ cho thấy sự tăng sinh lan tỏa của mô bào, thâm nhập tế bào viêm hỗn hợp và sự hiện diện của các thể vùi Michaelis-Gutmann đặc trưng. Mô bệnh học với nhuộm PAS, Von Kossa, CD68 và CD163 đã hỗ trợ xác định chẩn đoán. Bệnh nhân được điều trị tiếp theo với kháng sinh ciprofloxacin trong vòng 1 tháng và khối bệnh hoàn toàn sau 6 tháng. Từ đó, chúng tôi nhận thấy vai trò thiết yếu của khảo sát mô học trong việc chẩn đoán xác định malakoplakia, đặc biệt khi tổn thương xảy ra ở vị trí hiếm gặp và dễ gây nhầm lẫn với ung thư.

Từ khóa: Malakoplakia; thận; khối u thận.

RENAL MALAKOPLAKIA MASQUERADING AS MALIGNANCY ON IMAGING: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Malakoplakia is a rare granulomatous inflammatory disease characterized by the presence of macrophages containing Michaelis-Gutmann bodies. Renal involvement is particularly uncommon and often mimics malignancy on imaging studies. We report the case of a 62-year-old woman with a history of type 2 diabetes mellitus who presented with dull left flank pain persisting for one month. Abdominal CT scan revealed a suspicious mass in the left kidney, prompting a nephrectomy under the initial impression of renal malignancy. However, histopathological examination showed diffuse proliferation of histiocytes, mixed inflammatory cell infiltration, and characteristic Michaelis-Gutmann

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh

*Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Quỳnh Mai

Email: quynhmai223pnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

bodies. Special stains including PAS and Von Kossa, along with immunohistochemical markers CD68 and CD163, confirmed the diagnosis of malakoplakia. The patient received ciprofloxacin for one month, with complete resolution observed after six months. This case underscores the crucial role of histopathology in diagnosing malakoplakia, especially when occurring at rare anatomical sites that may mimic cancer radiologically and clinically.

Keywords: Malakoplakia; kidney; renal mass.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

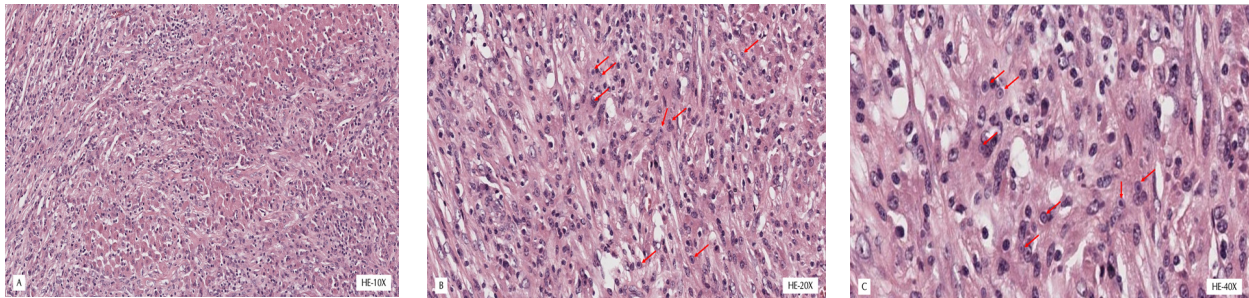
Malakoplakia là một bệnh viêm mạn tính hiếm gặp, đặc trưng bởi rối loạn chức năng đại thực bào trong việc tiêu diệt và phân giải vi khuẩn nội bào, dẫn đến sự tích tụ của các thể vùi đặc hiệu gọi là thể Michaelis-Gutmann [6]. Bệnh lý này gặp chủ yếu ở hệ tiết niệu, đặc biệt là tại bàng quang. Ở thận, tổn thương thường xuất hiện hai bên; trường hợp đơn độc một bên hiếm gặp, dễ bị chẩn đoán nhầm với u ác tính trên lâm sàng và hình ảnh học [3], [6]. Thể giả u tại thận chủ yếu gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (đái tháo đường, ung thư, ghép tạng hoặc đang điều trị corticosteroids) và thường liên quan đến nhiễm trùng tiểu kéo dài, đặc biệt do *Escherichia coli* [3]. Về hình ảnh học, tổn thương có thể biểu hiện dưới dạng khối, thâm nhiễm nhu mô hoặc phá hủy cấu trúc thận, nhưng không có đặc điểm đặc hiệu, gây khó khăn trong chẩn đoán tiền phẫu [1], [2], [5]. Chẩn đoán xác định chỉ có thể dựa vào khảo sát mô bệnh học, với các đặc điểm điển hình như tế bào von Hanseman và thể Michaelis-Gutmann. Do biểu hiện không đặc hiệu và tần suất thấp, malakoplakia ở thận có thể bị chẩn đoán nhầm là ung thư tế bào thận, dẫn đến can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Việc nhận diện đúng bệnh lý này có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn và tránh các thủ thuật xâm lấn không thích hợp. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một trường hợp malakoplakia ở thận biểu hiện dưới dạng tổn thương giả u, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, đồng thời hồi

cứu y văn nhằm làm rõ các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và bệnh học của bệnh lý hiếm gặp này, qua đó nhấn mạnh vai trò thiết yếu của mô bệnh học trong thực hành lâm sàng.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nữ, 62 tuổi tiền sử đái tháo đường type 2 nhiều năm, nhập viện vì đau âm ỉ vùng hông lưng trái kéo dài 1 tháng. Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân không sốt, dấu hiệu sinh tồn ổn định. Xét nghiệm cho thấy đường huyết tăng cao 13 mmol/L. Hình ảnh CT scan bụng ghi nhận tổn thương dạng khối khu trú cực dưới thận trái, kích thước khoảng 5 cm, xâm lấn mạc Gerota, phúc mạc thành và thâm nhiễm mô mỡ quanh thận. Trên cơ sở hình ảnh học có nhiều đặc điểm gợi ý tổn thương ác tính, bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ung thư thận trái giai đoạn T3N0M0. Chỉ định phẫu thuật cắt thận trái được đưa ra như một hướng xử trí phù hợp trong bối cảnh nghi ngờ ung thư. Đại thể khối u có kích thước 5×5 cm, dạng đặc, màu vàng, bờ, thâm nhiễm mô mỡ quanh thận và dính phúc mạc.

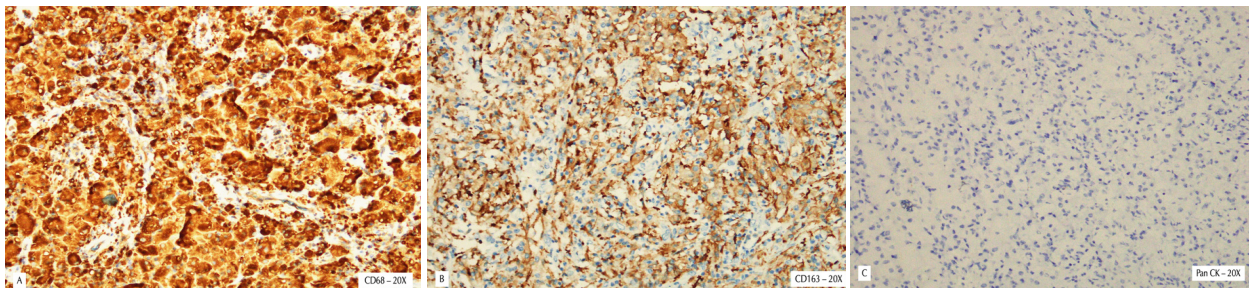
Trên vi thể, tổn thương có giới hạn không rõ. Tăng sinh nhiều tế bào dạng mô bào với bào tương nhiều, dạng hạt ái toan, có vùng tế bào hình thoi giống mô đệm xơ hóa, thâm nhập tế bào viêm hỗn hợp gồm lympho bào, tương bào, bạch cầu đa nhân trung tính, đại bào nhiều nhân. Rải rác trong mô tổn thương hiện diện các thể vùi nội bào bắt màu ưa kiềm, hình tròn, đồng tâm, giống bia bắn (Hình 1).



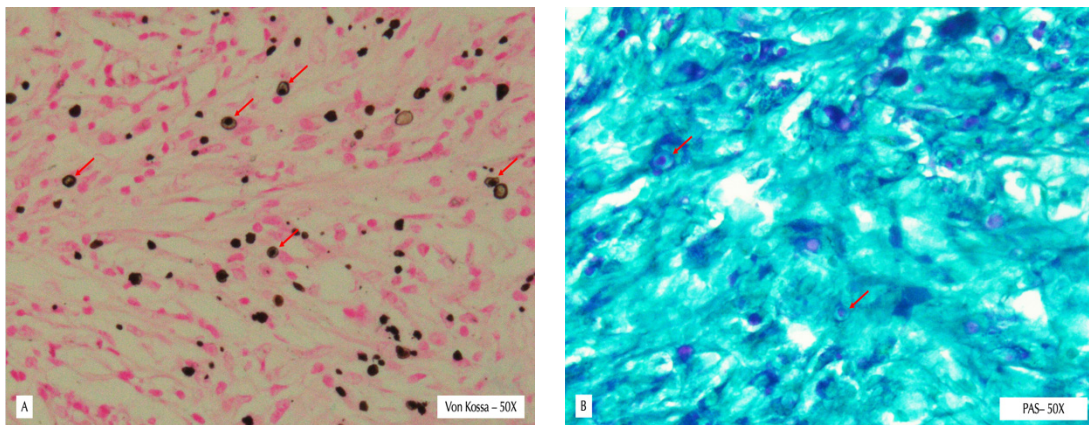
Hình 1: Tầng sinh nhiều tế bào dạng mô bào với bào tương nhiều, dạng hạt ái toan, có vùng tế bào hình thoi giống mô đệm xơ hoá, thâm nhập tế bào viêm hỗn (A, HE, độ phóng đại 100x). Rải rác trong mô tổn thương hiện diện các thể vùi nội bào bắt màu ưa kiềm, hình tròn, đồng tâm, giống bia bắn (mũi tên đỏ) (B-C, HE, độ phóng đại 200x-400x)

Kết quả hoá mô miễn dịch cho thấy các tế bào tổn thương dương tính mạnh và lan tỏa với CD68, CD163, âm tính với Pan Cytokeratin (Hình 2).

Nhuộm đặc biệt PAS và Von Kossa làm nổi bật các thể vùi nội bào (Hình 3).



Hình 2: Tế bào von Hansemann dương tính với CD68 và CD163 (A-B, độ phóng đại 200x). Tế bào von Hansemann âm tính với Pan CK (C, độ phóng đại 200x).



Hình 3: Các thể vùi Michaelis-Gutmann (mũi tên đỏ) được làm nổi bật rõ nét qua nhuộm Von Kossa (A, độ phóng đại 500x) và PAS (B, độ phóng đại 500x), góp phần hỗ trợ xác định đặc điểm mô bệnh học điển hình của tổn thương.

Chẩn đoán chính xác malakoplakia thận trái đòi hỏi tiếp cận theo tam giác chẩn đoán, trong đó mô bệnh học giữ vai trò cốt lõi, được hỗ trợ bởi hoá mô miễn dịch và các phương pháp nhuộm đặc biệt thích hợp. Bệnh nhân được điều trị bổ sung bằng kháng sinh ciprofloxacin trong 1 tháng. Tình trạng lâm sàng cải thiện rõ rệt, không tái phát sau 6 tháng theo dõi.

3. BÀN LUẬN

Malakoplakia là một bệnh lý viêm dạng u hạt hiếm gặp, đặc trưng bởi rối loạn chức năng đại thực bào trong quá trình tiêu diệt vi khuẩn nội bào, dẫn đến sự tích tụ các thể vùi Michaelis-Gutmann [5]. Bệnh lý này có thể gặp ở cả nam và nữ, nhưng thường xuất hiện nhiều hơn ở nữ giới, đặc biệt ở độ tuổi trên 40. Bệnh có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan, trong đó hệ tiết niệu - sinh dục là vị trí thường gặp nhất, đặc biệt là bàng quang (chiếm khoảng 40% trường hợp). Ngược lại, tổn thương tại thận ít phổ biến hơn và thường xảy ra hai bên. Dạng tổn thương đơn độc một bên ở thận rất hiếm và dễ bị chẩn đoán nhầm với ung thư tế bào thận trên lâm sàng và hình ảnh học [3], [6], [7]. Về lâm sàng, các triệu chứng của malakoplakia thường không đặc hiệu, như đau hông lưng, sốt hoặc biểu hiện của nhiễm trùng tiểu. Trong nghiên cứu của Stanton và Maxted (1981) [7] đa số bệnh nhân có biểu hiện giống nhiễm trùng tiểu kéo dài. Trong khi đó, bệnh nhân của chúng tôi chỉ có triệu chứng đau âm ỉ hông lưng trái, không sốt, không tiểu bất thường, cho thấy biểu hiện âm thầm hơn so với mô tả trong y văn. Trong y văn gần đây, một số báo cáo ca bệnh đã ghi nhận những trường hợp malakoplakia ở thận đơn độc với biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học dễ nhầm lẫn với u ác tính: Daghdagh và cộng sự (2024) [2] mô tả một nữ bệnh nhân 58 tuổi, không có tiền sử nhiễm trùng tiểu, được phát hiện khối u thận đơn độc nghi ngờ ung thư, và chỉ được chẩn đoán xác định là malakoplakia sau khi cắt một phần thận. Tương tự, Pan và cộng sự (2021)

[4] ghi nhận trường hợp nữ bệnh nhân 82 tuổi có tiền sử đái tháo đường và nhiễm trùng tiểu, với tổn thương thận đơn độc hiếm gặp kết hợp viêm xanthogranulomatous, buộc phải chỉ định cắt thận. Tác giả Purnell (2015) [5] báo cáo một bệnh nhân nữ 62 tuổi được chẩn đoán malakoplakia với tổn thương giả u ác tính ở thận. Trường hợp của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với các báo cáo trên: bệnh nhân nữ, 62 tuổi, có tiền sử đái tháo đường type 2 nhiều năm, phát hiện khối tổn thương không đặc hiệu ở thận trái, kích thước khoảng 5 cm, xâm lấn mạc Gerota. Trên lâm sàng và hình ảnh học, tổn thương được chẩn đoán là ung thư tế bào thận giai đoạn T3N0M0, và bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt thận. Điều này phản ánh rõ ràng thách thức chẩn đoán trước mổ trong những trường hợp tổn thương không điển hình và thiếu dấu hiệu đặc hiệu trên hình ảnh học.

Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất được ghi nhận trong các nghiên cứu là tình trạng suy giảm miễn dịch, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường, ghép tạng, ung thư hoặc đang dùng corticosteroids [6], [7]. Điều này phù hợp với ca bệnh của chúng tôi, khi bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường type 2 lâu năm, với đường huyết tăng cao lúc nhập viện, làm suy yếu chức năng đại thực bào và tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của malakoplakia.

Về hình ảnh học, các tổn thương malakoplakia tại thận thường biểu hiện dưới dạng khối không đặc hiệu, có thể xâm lấn mô mỡ quanh thận hoặc cấu trúc lân cận, dễ bị nhầm với ung thư tế bào thận [1], [5]. Bệnh nhân của chúng tôi có khối tổn thương lớn (5 cm), xâm lấn mạc Gerota và thâm nhiễm mô mỡ quanh thận. Trên đại thể, các tổn thương trong nhu mô thận là các mảng mềm màu vàng hoặc vàng nâu, có thể có dạng nốt hoặc polyp, loét ở trung tâm [1], [5], [6]. Ở bệnh nhân của chúng tôi ghi nhận đại thể u có kích thước 5×5 cm, dạng đặc, màu vàng, bờ, thâm nhiễm mô mỡ quanh thận và dính phúc mạc.

Để chẩn đoán chính xác malakoplakia thận, cần áp dụng tam giác chẩn đoán với mô bệnh học

giữ vai trò quyết định, được hỗ trợ bởi các kỹ thuật như hóa mô miễn dịch và nhuộm đặc biệt. Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán là phát hiện các thể vùi nội bào Michaelis-Gutmann, là những cấu trúc tròn, đồng tâm, bắt màu kiềm, giống bia bắn - nằm trong bào tương của các tế bào von Hanseman, vốn là những đại thực bào có bào tương nhiều, ái toan, dạng hạt. Những đặc điểm kinh điển này được mô tả rộng rãi trong y văn [6] và cũng được ghi nhận rõ trong trường hợp của chúng tôi. Về hóa mô miễn dịch, các nghiên cứu trước đây cho thấy tế bào von Hanseman thường dương tính với các marker đại thực bào như CD68, CD163 và lysozyme. Các kỹ thuật nhuộm đặc biệt như PAS (Periodic Acid-Schiff), Von Kossa hoặc Prussian blue có giá trị làm nổi bật thể vùi Michaelis-Gutmann nhờ khả năng bắt màu chất khoáng lắng đọng (canxi và sắt) đặc trưng trong các thể vùi [2], [5], [6]. Trong trường hợp của chúng tôi, mô bệnh học cho thấy rõ các tế bào von Hanseman mang đặc điểm hình thái kinh điển, chứa nhiều thể vùi nội bào có hình ảnh điển hình của thể Michaelis-Gutmann, có vùng tế bào hình thoi giống mô đệm xơ hoá, thẩm nhập tế bào viêm hỗn hợp gồm lympho bào, tương bào, bạch cầu đa nhân trung tính, đại bào nhiều nhân. Hóa mô miễn dịch ghi nhận các tế bào này dương tính mạnh với CD68 và CD163, tương đồng với các báo cáo trong y văn, đồng thời âm tính với Pan CK giúp loại trừ carcinôm. Ngoài ra, nhuộm PAS và Von Kossa cho kết quả dương tính, giúp làm nổi bật thể vùi và góp phần xác định chẩn đoán. Những kết quả này khẳng định tính điển hình của tổn thương trong ca bệnh, đồng thời nhấn mạnh vai trò không thể thay thế của mô bệnh học và các kỹ thuật hỗ trợ trong việc phân biệt malakoplakia với các tổn thương giả u khác của thận.

Các nghiên cứu cho thấy malakoplakia đáp ứng tốt với kháng sinh có khả năng thâm vào đại thực bào như fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin) [1], [5]. Trong ca bệnh này, sau phẫu thuật cắt thận, bệnh nhân được điều trị bổ sung bằng ciprofloxacin trong một tháng, tình trạng cải

thiện rõ và không tái phát sau 6 tháng theo dõi, phù hợp với diễn tiến thuận lợi được mô tả trong các báo cáo tương tự.

Tóm lại, ca bệnh của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với y văn về yếu tố nguy cơ, đặc điểm mô học và đáp ứng điều trị, tuy nhiên biểu hiện lâm sàng âm thầm và tổn thương đơn độc một bên là những yếu tố dễ gây nhầm lẫn với ung thư. Trường hợp này nhấn mạnh vai trò thiết yếu của mô bệnh học trong chẩn đoán xác định, giúp tránh can thiệp không cần thiết và lựa chọn điều trị thích hợp hơn.

4. KẾT LUẬN

Malakoplakia thật là một bệnh lý hiếm gặp, có thể biểu hiện dưới dạng tổn thương giả u, dễ nhầm lẫn với ung thư thận trên lâm sàng và hình ảnh học, đặc biệt khi tổn thương đơn độc một bên. Trong bối cảnh bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như đái tháo đường và hình ảnh khối thận không điển hình, cần cân nhắc chẩn đoán phân biệt với malakoplakia để tránh can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Mô bệnh học đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán xác định, giúp định hướng điều trị phù hợp, trong đó kháng sinh là lựa chọn hiệu quả trong nhiều trường hợp. Việc nhận diện sớm và chính xác malakoplakia có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, đặc biệt ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch có tổn thương thận không đặc hiệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Abolhasani M, Jafari A.M, Asgari M.(2012). Renal malakoplakia presenting as a renal mass in a 55-year-old man: a case report. *J Med Case Reports*.379. doi:10.1186/1752-1947-6-379.

- [2]. Daghdagh Y, Razzouki I, Moataz A, et al.(2024). A case of extremely rare pathology: Renal malakoplakia. *Urol Case Rep.* doi:10.1016/j.eucr.2024.102737.
- [3]. Giordano P, Rocco FDF, Camilla C, et al.(2022). Malakoplakia of the urinary bladder: A review of the literature. *Arch Ital Urol Androl.*94(3):350-354. doi:10.4081/aiua.2022.3.350.
- [4]. Pan Y, Hong YC, Shih HJ, et al.(2021). Malakoplakia and xanthogranulomatous pyelonephritis treated with nephrectomy: A case report. . *Medicine (Baltimore).*100. doi:10.1097/MD.00000000000027137.
- [5]. Purnell SD, Davis B, Burch-Smith R, et al.(2015). Renal malakoplakia mimicking a malignant renal carcinoma: a patient case with literature review. . *BMJ Case Rep.* doi:10.1136/bcr-2014-208652.
- [6]. Robert B. Colvin, Anthony Chang, Lynn D. Cornell.(2023). *Diagnostic Pathology Kidney Diseases*. 4th ed. Elsevier.
- [7]. Stanton MJ, Maxted W.(1981). Malakoplakia: A study of the literature and current concepts of pathogenesis. *J Urol.*139-146. doi:10.1016/s0022-5347(17)54940-x.