

PROSTATE STROMAL SARCOMA: UNUSUAL PROSTATE SARCOMA CASE REPORT

Trinh Thi Phuong Nga, Hoang Thi Kim Khuyen, Hoang Van Lan Duc, Dinh Van Thuyet, Nguyen Thi Mai Anh*

Department of Diagnostic Imaging, Vinmec Times City International General Hospital, Hanoi - 458 Minh Khai Street, Vinh Tuy Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 15/01/2026

Revised: 17/02/2026; Accepted: 05/06/2026

SUMMARY

Background: Prostatic stromal sarcoma is an extremely rare malignant tumor arising from the mesenchymal stromal component of the prostate. Its nonspecific clinical presentation and the typically non-elevated serum PSA level make the preoperative diagnosis particularly challenging.

Case Presentation: We report the case of a 42-year-old man who was admitted with progressive urinary retention. He had no fever or pelvic pain, and his serum PSA level was within the normal range. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) demonstrated a large mass predominantly involving the right side of the prostate and occupying nearly the entire gland. The lesion contained hemorrhagic cystic components and heterogeneously enhancing solid portions after gadolinium administration. The patient underwent radical prostatectomy, and the diagnosis of prostatic stromal sarcoma was established postoperatively.

Conclusion: Prostatic stromal sarcoma is a rare entity that should be considered in the differential diagnosis of a large mixed solid-cystic prostatic mass, particularly in relatively young patients without elevated serum PSA levels. MRI plays an important role in characterizing the lesion, assessing local extent, and suggesting the diagnosis preoperatively.

Keywords: prostate cancer, stromal sarcoma, malignant prostatic tumor.

*Corresponding author

Email: Trinhphuongnga.nga@gmail.com **Phone:** (+84) 903431898 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD6.5319



SARCOMA MÔ ĐỆM TUYẾN TIỀN LIỆT: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP SARCOMA TUYẾN TIỀN LIỆT HIẾM GẶP

Trịnh Thị Phương Nga, Hoàng Thị Kim Khuyên, Hoàng Văn Lân Đức, Đinh Văn Thuyết, Nguyễn Thị Mai Anh*

Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City, Hà Nội - 458 Minh Khai, phường Vĩnh Tuy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 17/02/2026; Ngày duyệt đăng: 05/06/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt là một khối u ác tính rất hiếm gặp, xuất phát từ thành phần trung mô của tuyến tiền liệt, với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và nồng độ PSA thường không tăng, gây chẩn đoán trước mổ còn nhiều khó khăn.

Ca bệnh: Chúng tôi báo cáo trường hợp nam bệnh nhân 42 tuổi nhập viện vì bí tiểu tiến triển. Bệnh nhân không sốt, không đau vùng tiểu khung và nồng độ PSA trong giới hạn bình thường. Hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) vùng chậu cho thấy một khối lớn khu trú chủ yếu ở bên phải tuyến tiền liệt, chiếm gần như toàn bộ cấu trúc tuyến, gồm thành phần dạng nang xuất huyết và các vùng mô đặc ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm thuốc đối quang từ. Bệnh nhân được chẩn đoán sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt.

Kết luận: Sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt là một bệnh lý hiếm gặp nhưng cần được nghĩ tới khi gặp khối u lớn hỗn hợp của tuyến tiền liệt, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ hơn so với lứa tuổi thường gặp của ung thư biểu mô tuyến tiền liệt và không có tăng nồng độ PSA. CHT có giá trị quan trọng trong đánh giá đặc điểm hình ảnh, mức độ xâm lấn và định hướng chẩn đoán trước phẫu thuật.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt, sarcoma mô đệm, u ác tính tuyến tiền liệt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt (PSS) là một tổn thương u ác tính rất hiếm gặp của tuyến tiền liệt, xuất phát từ thành phần mô đệm của tuyến, chỉ chiếm khoảng 0.1% các khối u nguyên phát của tuyến tiền liệt [1]. Tác giả Gaudin và cộng sự báo cáo 2 trường hợp mô học sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt lần đầu tiên vào năm 1998 [1-3]. Chúng tôi mô tả một bệnh nhân nam 42 tuổi, nhập viện vì bí tiểu tiến triển, kèm theo tình trạng tuyến tiền liệt to không đối xứng khi thăm khám trực tràng. Hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) cho thấy một khối tổn thương hỗn hợp ở thùy phải tuyến tiền liệt, bao gồm thành phần nang xuất huyết và thành phần đặc ngấm thuốc không đồng nhất, không ghi nhận dấu hiệu phá vỡ bao tuyến tiền liệt hay hạch vùng bất thường. Chẩn đoán sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt độ cao được xác định sau phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt và kết quả mô bệnh học.

Sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt (PSS) là một khối u ác tính hiếm gặp của tuyến tiền liệt; đa số bệnh nhân biểu hiện bằng các triệu chứng đường tiết niệu dưới không đặc hiệu hoặc khối vùng chậu lớn nhanh, tuy nhiên các đặc điểm này không mang tính chẩn đoán. Khi phát hiện một khối tổn thương hỗn hợp làm tuyến tiền liệt to, cần nghĩ đến PSS trong chẩn đoán phân biệt với các khối u ác tính khác của tuyến tiền liệt.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

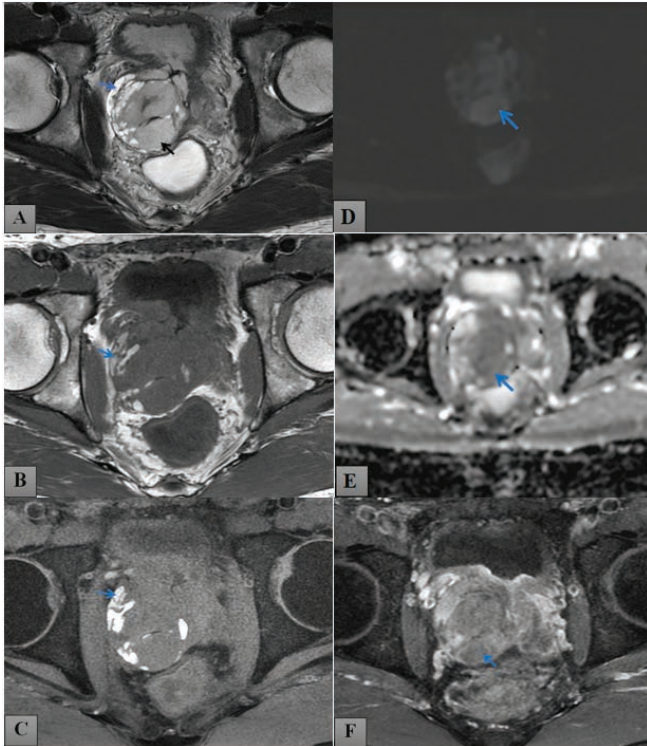
Bệnh nhân nam 42 tuổi nhập viện vì triệu chứng bí tiểu tiến triển, không kèm đau vùng chậu, không có sốt. Bệnh diễn

biến trước khi vào viện 1 tháng. Bệnh nhân đã được đặt ống thông dẫn lưu bàng quang trên xương mu ở tuyến trước, sau đó chuyển đến bệnh viện chúng tôi. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nội khoa và tiền sử gia đình đặc biệt. Toàn trạng khi thăm khám bệnh nhân có huyết động ổn định, có gầy sút 3kg trong vòng một tháng. Thăm khám trực tràng (DRE) ghi nhận tuyến tiền liệt to không đối xứng, với một khối đặc không đều ở phần phải của tuyến tiền liệt. Nồng độ kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA) và các xét nghiệm máu đều trong giới hạn bình thường. Phân tích nước tiểu cho thấy có cả hồng cầu và bạch cầu trong mẫu bệnh phẩm. Nội soi bàng quang được thực hiện và không ghi nhận dấu hiệu xâm lấn bàng quang.

Bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ (CHT) vùng chậu có tiêm thuốc đối quang từ. Trên hình ảnh CHT cho thấy tuyến tiền liệt tăng kích thước không đối xứng, có một khối tổn thương hỗn hợp ở bán phần phải tuyến tiền liệt với kích thước 52x49x56 mm, bao gồm thành phần nang tăng tín hiệu trên T1WI, T1FS và T2WI, gợi ý xuất huyết giai đoạn bán cấp muộn, và thành phần đặc có hạn chế khuếch tán với tín hiệu cao trên DWI, tín hiệu thấp trên bản đồ ADC, kèm theo ngấm thuốc không đồng nhất (Hình 1). Cấu trúc giải phẫu bình thường của thùy phải tuyến tiền liệt không còn được bảo tồn; tuy nhiên không ghi nhận dấu hiệu phá vỡ bao tuyến tiền liệt hay hạch to bất thường vùng tiểu khung.

*Tác giả liên hệ

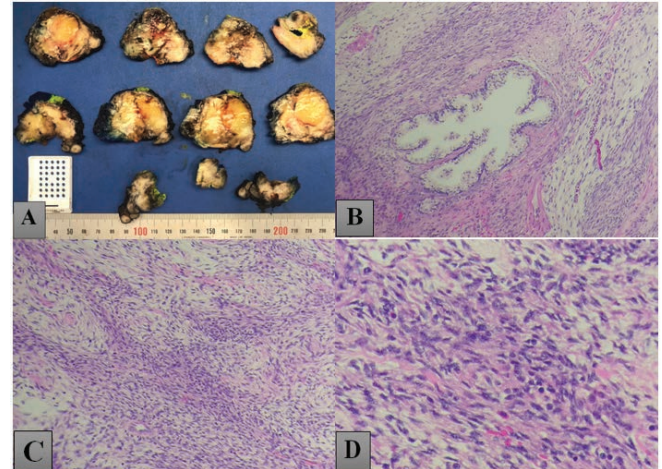
Email: Trinhphuongnga.nga@gmail.com Điện thoại: (+84) 903431898 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5319



Hình 1. Hình ảnh CHT vùng tiểu khung cho thấy tổn thương ở phần phải của tuyến tiền liệt. (A) Hình cắt ngang T2WI cho thấy tổn thương chứa thành phần nang (mũi tên xanh) và phần đặc (mũi tên đen). (B) và (C) Hình cắt ngang T1WI và T1 xóa mỡ (T1FS) cho thấy thành phần nang tăng tín hiệu gợi ý chảy máu bên trong ở giai đoạn bán cấp muộn. (D) và (E) Hình cắt ngang DWI và ADCmap cho thấy thành phần đặc hạn chế khuếch tán với tăng tín hiệu trên DWI và giảm trên ADCmap (mũi tên xanh). (F) Hình cắt ngang T1FS sau tiêm thuốc đối quang tử cho thấy thành phần đặc ngấm thuốc không đồng nhất.

Trên hình ảnh CHT, tổn thương tuyến tiền liệt gợi ý tính chất ác tính, do đó ung thư biểu mô tuyến tiền liệt và sarcoma tuyến tiền liệt được đặt ra trong chẩn đoán phân biệt. CHT vùng tiểu khung không ghi nhận dấu hiệu xâm lấn các cơ quan lân cận và không phát hiện hạch vùng nghi ngờ ác tính. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính toàn thân đánh giá tổn thương thứ phát của các cơ quan khác và không ghi nhận tổn thương thứ phát trên phim chụp khảo sát. Do chưa có di căn tại chỗ và di căn xa, bệnh nhân đã được hội chẩn hội đồng chuyên khoa ung bướu và được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt, và kết quả mô bệnh học xác định chẩn đoán sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt độ cao, không ghi nhận hoại tử, xâm lấn mạch máu hay xâm lấn bàng quang. Các tế bào u biểu hiện dương tính nhẹ với CD34 trên hóa mô miễn dịch, âm tính với progesterone và desmin, và chỉ số tăng sinh Ki-67 đạt 20%. Các triệu chứng tiết niệu được cải thiện sau phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt, và bệnh nhân được xuất viện sau 2 tuần phẫu thuật mà không gặp biến chứng nhiễm trùng hay xuất huyết. Mặc dù đã được cắt bỏ u tối đa bằng phẫu thuật, diện cắt còn dương tính trên mẫu mô bệnh học; do đó, bệnh nhân được chỉ định xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật. Kết quả theo dõi sau khi điều trị 1 năm cho thấy tình trạng của bệnh nhân ổn định, không thấy có khối tái phát ở diện cắt và không có hạch nghi ngờ thứ phát vùng tiểu khung và khoang sau phúc

mạc. Tuy nhiên, sau thời gian 1 năm, bệnh nhân không tiếp tục tái khám tại cơ sở của chúng tôi và không có thông tin đánh giá theo dõi kéo dài của bệnh nhân.



Hình 2. (A) Hình ảnh đại thể cái mẫu mô u tuyến tiền liệt. (B), (C) và (D) Trên vi thể, các đặc điểm mô bệnh học phù hợp với chẩn đoán sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt độ cao (high-grade PSS). (B) và (C): Nhuộm HE ($\times 200$) cho thấy sự tăng sinh lan tỏa của các tế bào dạng biểu mô và tế bào hình thoi, sắp xếp theo kiểu xoáy (storiform) và xâm nhập, không ghi nhận hoại tử hay xâm lấn mạch máu. (D): Nhuộm HE ($\times 400$) cho thấy các tế bào u có mật độ tế bào cao rõ rệt, dị dạng nhân với đa hình nhân, kèm theo các hình ảnh phân bào bất thường.

3. BÀN LUẬN

Sarcoma nguyên phát của tuyến tiền liệt là một tổn thương ác tính rất hiếm gặp. Trong số đó, sarcoma cơ vân là nhóm mô học hay gặp nhất, chiếm khoảng 42% các trường hợp và thường gặp ở nhóm trẻ em và người trẻ. Sarcoma cơ trơn là nhóm thường gặp thứ hai, chiếm khoảng 25% các trường hợp sarcoma tuyến tiền liệt và thường gặp ở nhóm người lớn với đỉnh tuổi cao hơn. Sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt là một thực thể hiếm gặp, thuộc nhóm u mô đệm chưa được phân loại rõ ràng, và cần được phân biệt với các u mô đệm có tiềm năng ác tính không xác định (STUMP). Sự phân biệt này chủ yếu dựa trên mức độ xâm nhập của mô trung mô, hoạt động phân bào, và tình trạng tăng sinh quá mức của mô đệm. Cho đến nay, số lượng trường hợp sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt được báo cáo trong y văn vẫn còn rất hạn chế [3,4]. Sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt thường gặp ở nam giới tuổi trung niên, từ khoảng 30 đến 40 tuổi, độ tuổi này thấp hơn nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến tiền liệt. Triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, có thể gặp rối loạn tiểu tiện, bí tiểu hoặc tiểu ra máu [2]. Giá trị PSA thường nằm trong giới hạn bình thường [1]. Do không có các triệu chứng đặc hiệu, sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt (PSS) thường bị nhầm lẫn với phì đại lành tính tuyến tiền liệt, dẫn đến chẩn đoán muộn khi khối u đã phát triển với kích thước đáng kể [1].

Do có độ phân giải cao trong đánh giá mô mềm, CHT được coi là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hàng đầu được lựa chọn để xác định nguồn gốc khối u, thành phần trong mô u, đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ, phát hiện hạch vùng, và định hướng chiến lược phẫu thuật cắt bỏ khối u [3]. Trên CHT, sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt thường là khối u lớn làm

tuyến tiền liệt to, có thể có bao hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, giảm tín hiệu trên T2WI và có cấu trúc hỗn hợp gồm cả phần đặc và phần nang. Các thành phần nang có thể chứa dịch xuất huyết, nhầy hoặc thanh dịch, phản ánh tính chất ác tính và sự phát triển nhanh của khối u, có thể dẫn đến hoại tử, xuất huyết và thoái hóa dạng nang [5]. Thành phần đặc của khối u thường ngấm thuốc từ từ và không đồng nhất do sự đa dạng của nền mô bệnh học. Trên hình ảnh CHT khuếch tán, các thành phần đặc thường biểu hiện hạn chế khuếch tán do mật độ tế bào cao; trong khi đó, các thành phần nang có thể cho hình ảnh hạn chế khuếch tán do xuất huyết, hiệu ứng “T2 blackout” liên quan đến nền mô nhầy hoặc hyalin hóa, hoặc hiệu ứng “T2 shine-through” do thành phần dịch [1,3,5]. Trong sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt, di căn hạch thường khởi phát tại các hạch vùng, sau đó lan đến các hạch sau phúc mạc và hiếm hơn là hạch trung thất. Các vị trí di căn xa ngoài vùng chậu thường gặp nhất là phổi và xương [3,6].

Chẩn đoán phân biệt của sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt bao gồm ung thư biểu mô tuyến tiền liệt và các loại sarcoma khác của tuyến tiền liệt. Ung thư biểu mô tuyến tiền liệt thường gặp ở người cao tuổi, đi kèm nồng độ PSA tăng và thường khu trú ở vùng ngoại vi của tuyến tiền liệt. Trên hình ảnh CHT, ung thư biểu mô tuyến tiền liệt chủ yếu biểu hiện vùng giảm tín hiệu trên T2WI, hạn chế khuếch tán và ngấm thuốc sớm trên các chuỗi động học [1]. Các sarcoma tuyến tiền liệt có xu hướng biểu hiện dưới dạng khối u lớn, không đồng nhất, kèm theo hoại tử, xuất huyết và thoái hóa nang. Việc phân biệt giữa các phân nhóm sarcoma tuyến tiền liệt trên hình ảnh đôi khi gặp nhiều khó khăn và cần phải đối chiếu với kết quả mô bệnh học [1,3].

Chiến lược điều trị sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt thường là sự phối hợp giữa phẫu thuật cắt bỏ khối u tối đa, hóa trị và xạ trị. Phẫu thuật đơn thuần có thể không đủ để đảm bảo tiên lượng sống còn lâu dài, đặc biệt ở các trường hợp sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt có độ mô học cao vốn có nguy cơ di căn lớn [1]. Bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán sarcoma mô đệm tuyến tiền liệt độ cao, do đó việc theo dõi lâu dài nhằm phát hiện tái phát tại chỗ và di căn xa là hết sức cần thiết, mặc dù không ghi nhận xâm lấn các cơ quan lân cận hay di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán. Hạn chế của ca

bệnh này là chúng tôi chưa có theo dõi kéo dài sau 1 năm để đánh giá mức độ tiến triển hay tái phát của khối u.

4. KẾT LUẬN

Sarcoma tuyến tiền liệt là một khối u ác tính hiếm gặp và có tính tiến triển cao, thường biểu hiện bằng các triệu chứng tiết niệu không đặc hiệu ở bệnh nhân trẻ tuổi kèm theo khối tổn thương tuyến tiền liệt không đồng nhất. Trường hợp ca bệnh được báo cáo nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán hình ảnh sớm và thăm khám mô bệnh học ở những bệnh nhân nam trẻ và trung niên có biểu hiện tiết niệu không điển hình, không tăng giá trị PSA và khối tổn thương tuyến tiền liệt không đồng nhất.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Yang W, Liu A, Wu J, Niu M. Prostatic stromal sarcoma: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(18):e0495. doi:10.1097/MD.00000000000010495
- [2] Ueda S, Okada K, Kanzawa M, et al. Case of prostate stromal sarcoma involving the rectum. *Journal Surg Case Rep*. 2020 Jun 17;2020(6):rjaa165. doi: 10.1093/jscr/rjaa165
- [3] Andreou A, Whitten C, MacVicar D, Fisher C, Sohaib A. Imaging appearance of sarcomas of the prostate. *Cancer Imaging*. 2013;13(2):228-237. doi:10.1102/1470-7330.2013.0024
- [4] Tamada T, Sone T, Miyaji Y, Kozuka Y, Ito K. MRI Appearance of Prostatic Stromal Sarcoma in a Young Adult. *Korean J Radiol*. 2011;12(4):519-523. doi:10.3348/kjr.2011.12.4.519
- [5] Han C, Zhu L, Liu X, Ma S, Liu Y, Wang X. Differential diagnosis of uncommon prostate diseases: combining mpMRI and clinical information. *Insights Imaging*. 2021;12(1):79. doi:10.1186/s13244-021-01024-3
- [6] Rojas-Jiménez A, Otero-Garcia M, Mateos-Martin A. Stromal prostatic sarcoma: a rare tumor with rare clinical and imaging presentation. *J Radiol Case Rep*. 2013;7(7):24-31. doi:10.3941/jrcr.v7i7.1177