Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 10, 111-113

LOCALIZED BLADDER AMYLOIDOSIS MIMICKING BLADDER CANCER: A CASE REPORT

Dang Anh Phuong[1]*, Nguyen Thi Hong Van[1,2], Nguyen Phuong Hoa[2]

[1]*Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi city, Vietnam*
[2]*University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 20/7/2026
Reviced: 30/7/2026; Accepted:

ABSTRACT

Background: Localized bladder amyloidosis is a rare condition characterized by extracellular deposition of amyloid proteins and may mimic bladder tumors because of its nonspecific clinical and imaging findings.

Case presentation: An 84-year-old woman presented with gross hematuria, oliguria, and fatigue. Laboratory investigations revealed severe anemia and advanced renal failure. Imaging demonstrated right hydronephrosis and ureteral dilatation, suggesting obstruction by a bladder mass.

Intervention and outcome: The patient underwent transurethral resection of the bladder lesion. Histopathological examination revealed amorphous eosinophilic deposits in the stroma. Congo red staining showed characteristic apple-green birefringence under polarized light, confirming localized bladder amyloidosis.

Conclusion: Localized bladder amyloidosis should be considered in the differential diagnosis of bladder masses presenting with hematuria. Histopathological examination, particularly Congo red staining, remains the gold standard for definitive diagnosis.

Keywords: Bladder amyloidosis, hematuria, bladder tumor mimic, Congo red, pathology.

*Corresponding author
Email: dr.anhphuong@gmail.com **Phone**: (+84) 989355969 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

AMYLOIDOSIS BÀNG QUANG KHU TRÚ GIẢ U BÀNG QUANG: BÁO CÁO CA BỆNH

Đặng Anh Phương[1]*, Nguyễn Thị Hồng Vân[1,2], Nguyễn Phương Hoa[2]

[1]Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/7/2026
Ngày chỉnh sửa: 30/7/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Bối cảnh: Amyloidosis bàng quang khu trú là bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi sự lắng đọng protein amyloid trong mô, có biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với u bàng quang ác tính.

Trình bày ca bệnh: Bệnh nhân nữ 84 tuổi nhập viện vì tiểu máu đại thể, thiểu niệu và mệt mỏi. Xét nghiệm ghi nhận thiếu máu nặng và suy thận tiến triển. Hình ảnh học cho thấy giãn đài bể thận và niệu quản phải, nghi ngờ tắc nghẽn do khối bàng quang.

Can thiệp và diễn biến: Bệnh nhân được cắt nội soi tổn thương bàng quang. Giải phẫu bệnh ghi nhận lắng đọng chất vô định hình ưa eosin trong mô đệm; nhuộm đỏ Congo dương tính với hiện tượng lưỡng chiết màu xanh táo dưới ánh sáng phân cực, xác định chẩn đoán amyloidosis bàng quang khu trú.

Kết luận: Amyloidosis bàng quang khu trú cần được lưu ý trong chẩn đoán phân biệt các trường hợp khối bàng quang kèm tiểu máu. Giải phẫu bệnh, đặc biệt nhuộm đỏ Congo, là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định.

Từ khóa: Amyloidosis bàng quang, tiểu máu, giả u bàng quang, đỏ Congo, giải phẫu bệnh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amyloidosis là một nhóm bệnh lý đặc trưng bởi sự lắng đọng ngoại bào của các protein dạng sợi không hòa tan với cấu trúc β-pleated sheet, gây biến dạng cấu trúc mô và rối loạn chức năng cơ quan [1]. Amyloidosis có thể gặp ở nhiều cơ quan khác nhau, tuy nhiên tổn thương khu trú tại hệ tiết niệu, đặc biệt là bàng quang, là rất hiếm. Amyloidosis bàng quang thường biểu hiện bằng tiểu máu đại thể không đau, dễ nhầm lẫn với u bàng quang trên lâm sàng, hình ảnh học và nội soi [2]. Do đó, chẩn đoán xác định phụ thuộc vào giải phẫu bệnh với các phương pháp nhuộm đặc biệt như đỏ Congo và hiện tượng lưỡng chiết màu xanh táo dưới ánh sáng phân cực.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp amyloidosis bàng quang khu trú ở bệnh nhân cao tuổi, biểu hiện như một khối u xâm lấn gây tắc nghẽn đường niệu và suy thận, nhằm nhấn mạnh vai trò của giải phẫu bệnh trong chẩn đoán phân biệt với ung thư bàng quang.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Thông tin bệnh nhân: Bệnh nhân nữ, 84 tuổi, nhập viện vì tiểu máu. Cách vào viện 1 tuần, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng nước tiểu màu hồng, tiểu ít, mệt mỏi và ăn uống kém.

Tiền sử: Tăng huyết áp không điều trị thường xuyên; u hạt hốc mắt đã phẫu thuật tháng 10/2025.

Khám lúc vào viện: Bệnh nhân có niêm mạc nhợt; phù 2 chân, phù trắng, mềm, ấn lõm; không xuất huyết dưới da. Bụng mềm, không chướng, không phát hiện đau ở vùng thận và niệu quản 2 bên. Huyết áp 183/100 mmHg, mạch 77 lần/phút.

Kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh

- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: RBC 2,67 × 10^{12}/L; HGB 77 g/L; WBC 5,88 × 10^{9}/L; NEUT 82,4%.
- Sinh hóa máu: urê 29,5 mmol/L, creatinin 1229 µmol/L, eGFR 2 mL/phút/1,73m^2.
- Tổng phân tích nước tiểu: LEU dương tính, ERY dương tính.
- Nuôi cấy vi khuẩn trong nước tiểu: *Enterococcus faecium* dương tính.
- Chụp cắt lớp vi tính: hình ảnh dày thành bể thận và niệu quản 1/3 trên bên phải, chưa loại trừ u đường bài xuất; giãn đài bể thận và niệu quản bên phải, ứ đọng thuốc cản quang, hẹp niệu quản ở đoạn thành bàng quang.

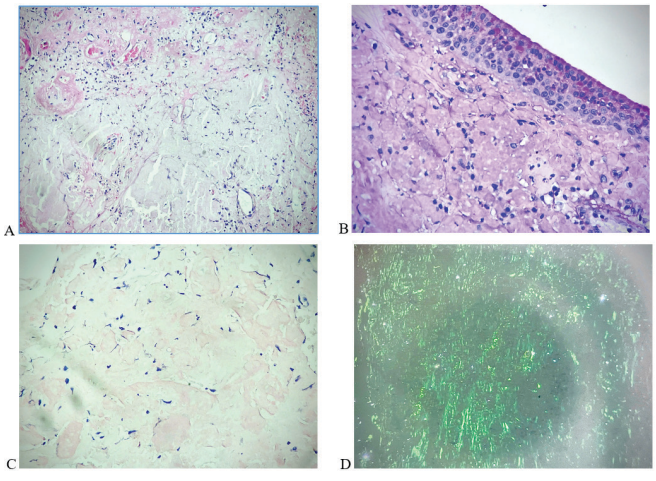
Chẩn đoán: Đợt cấp suy thận mạn do trào ngược bàng quang niệu quản theo dõi do u bàng quang lan vào lỗ niệu quản hai bên, tăng huyết áp/tiền sử phẫu thuật u hạt hốc mắt.

Điều trị: Phẫu thuật. Vào bàng quang thấy nước tiểu đỏ, máu cục đầy bàng quang; thành bàng quang xung huyết chảy máu, có túi thừa kích thước 1 cm; u bàng quang xâm lấn vùng cổ bàng quang và tam giác bàng quang, kích thước khoảng 5 cm, mủn nát, chảy máu, sung huyết, chân rộng.

Giải phẫu bệnh:

- Đại thể: một bệnh phẩm kích thước nhỏ hơn 1 cm, nâu mềm.
- Vi thể: phương pháp nhuộm hematoxylin-eosin thấy các mảnh cắt lấy vào một phần nhỏ biểu mô chuyển tiếp nhân nhỏ, đều, lành tính; mô đệm có tăng sinh mạch máu nhẹ, xâm nhập ít tế bào viêm mạn tính; bên cạnh đó thấy có lắng đọng chất thuần nhất, ưa toan nhẹ. Phương pháp nhuộm đỏ Congo dương tính: các chất lắng đọng bắt màu đỏ gạch dưới kính hiển vi quang học và biểu hiện lưỡng chiết màu xanh táo dưới ánh sáng phân cực, xác nhận bản chất amyloid của tổn thương.
- Chẩn đoán mô bệnh học: hình ảnh mô bệnh học và nhuộm đỏ Congo phù hợp với bệnh lắng đọng amyloid.

*Tác giả liên hệ
Email: dr.anhphuong@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 989355969 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052



Hình 1. Hình ảnh vi thể

A. Hematoxylin-eosin X 200; B. PAS X 200; C. Đỏ Congo X 200, tại kính hiển vi quang học thấy lắng đọng chất dạng tinh bột (màu đỏ gạch); D. Đỏ Congo X 200, tại kính hiển vi phân cực thấy màu xanh táo

3. BÀN LUẬN

Amyloidosis là một nhóm bệnh lý đặc trưng bởi sự lắng đọng ngoại bào của các protein gấp cuộn bất thường dưới dạng fibril không hòa tan có cấu trúc beta-pleated sheet, gây biến dạng mô và suy giảm chức năng cơ quan [1], [3].

Amyloidosis tại hệ tiết niệu là hiếm gặp, tổn thương có thể gặp ở thận, niệu quản, bàng quang hoặc niệu đạo. Các nhà nghiên cứu đã báo cáo rằng tuổi khởi phát cao nhất là từ 50-60 tuổi, với tỷ lệ nam/nữ là 3/1 [4]. Tuy nhiên, bệnh nhân của chúng tôi là nữ 84 tuổi, cho thấy bệnh có thể gặp ở nhóm tuổi rất cao.

Cơ chế bệnh sinh của amyloidosis bàng quang vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn. Nhiều giả thuyết cho rằng tình trạng viêm mạn tính hoặc nhiễm trùng kéo dài đóng vai trò quan trọng, dẫn đến tăng sinh tương bào tại chỗ và sản xuất chuỗi nhẹ immunoglobulin, từ đó hình thành lắng đọng amyloid [5].

Về lâm sàng, hơn 80% bệnh nhân amyloidosis bàng quang biểu hiện bằng tiểu máu đại thể và đây cũng là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện [2]. Tuy nhiên, ca bệnh của chúng tôi có điểm khác biệt đáng chú ý là bệnh nhân không chỉ tiểu máu mà còn có suy thận nặng và thiểu niệu. Tình trạng này nhiều khả năng liên quan đến tắc nghẽn đường niệu do tổn thương vùng cổ và tam giác bàng quang ảnh hưởng đến lỗ niệu quản, gây giãn đài bể thận và suy giảm chức năng thận. Đây là biểu hiện hiếm gặp nhưng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính thường không có khả năng phân biệt amyloidosis với u bàng quang. Trong ca bệnh này, hình ảnh dày thành đường bài xuất và giãn niệu quản phải đã gợi ý một khối u xâm lấn gây tắc nghẽn, phù hợp với báo cáo trước đây của Jain M và cộng sự [6]. Sự lắng đọng amyloid trong thành bàng quang có thể tạo khối giả u với hình ảnh gồ ghề, dễ chảy máu và lan tới vùng cổ hoặc tam giác bàng quang. Khi phẫu thuật, tổn thương có kích thước khoảng 5 cm, nền rộng, mủn nát và dễ chảy máu, rất giống u bàng quang ác tính. Do đó, việc phân biệt amyloidosis với ung thư bàng quang dựa trên lâm sàng và hình ảnh học rất khó, và chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào mô bệnh học.

Giải phẫu bệnh đóng vai trò quyết định trong chẩn đoán. Trên tiêu bản nhuộm hematoxylin-eosin, các chất này biểu hiện dưới dạng vật chất vô định hình, đồng nhất, bắt màu ái toan nhẹ đến trung bình, phân bố rải rác hoặc thành từng mảng trong mô đệm. Các lắng đọng này thường không có cấu trúc rõ ràng, không bắt màu đặc hiệu như collagen và có xu hướng bao quanh các mạch máu nhỏ, tạo nên hình ảnh gợi ý tổn thương dạng lắng đọng protein ngoại bào [2]. Các chất lắng đọng thường bao quanh mạch máu nhỏ và có thể kèm phản ứng viêm mạn tính với lympho bào, tương bào, gợi ý vai trò của quá trình viêm hoặc đáp ứng miễn dịch tại chỗ trong bệnh sinh. Trong ca bệnh của chúng tôi, mô bệnh học ghi nhận lắng đọng chất vô định hình kèm thâm nhiễm ít tế bào viêm mạn tính và tăng sinh mạch nhẹ, phù hợp với y văn. Để xác định bản chất amyloid của các chất lắng đọng, nhuộm đặc biệt đóng vai trò quyết định. Nhuộm đỏ Congo là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, với chất lắng đọng bắt màu đỏ gạch trên kính hiển vi quang học và biểu hiện hiện tượng lưỡng chiết màu xanh táo dưới ánh sáng phân cực. Trong ca bệnh này, kết quả nhuộm đỏ Congo dương tính đã xác nhận bản chất amyloid của tổn thương. Mặc dù nhuộm PAS có thể dương tính nhẹ nhưng phương pháp này không đặc hiệu và không đủ để chẩn đoán xác định.

Cần phân biệt amyloid với các chất lắng đọng ngoại bào khác như collagen hyalin hóa hoặc fibrin, vốn có thể tương tự trên nhuộm hematoxylin-eosin nhưng không có hiện tượng lưỡng chiết đặc trưng trên nhuộm đỏ Congo. Vì vậy, nhuộm đỏ Congo kết hợp quan sát dưới ánh sáng phân cực vẫn là tiêu chuẩn quan trọng nhất trong chẩn đoán amyloidosis.

Tóm lại, amyloidosis bàng quang có đặc trưng mô bệnh học là lắng đọng chất vô định hình ái toan trong mô đệm và nhuộm đỏ Congo dương tính với hiện tượng lưỡng chiết màu xanh táo dưới ánh sáng phân cực. Các đặc điểm này có giá trị quyết định trong chẩn đoán và phân biệt với các tổn thương giả u khác của bàng quang.

Điều trị chủ yếu là cắt nội soi tổn thương. Trong trường hợp của chúng tôi, phẫu thuật được chỉ định do khối tổn thương gây tắc nghẽn đường niệu và suy thận. Mặc dù amyloidosis bàng quang khu trú được xem là bệnh lý lành tính, nguy cơ tái phát sau điều trị vẫn đáng kể. Nghiên cứu tổng quan của Nikolaos Pyrgidis và cộng sự (2021) ghi nhận tỷ lệ tái phát dao động từ khoảng hơn 30% tùy thời gian theo dõi và mức độ lan rộng của tổn thương ban đầu [7]. Do đó, người bệnh cần được theo dõi lâu dài sau điều trị. Một số phương pháp điều trị bổ trợ như colchicine hoặc dimethyl sulfoxide đã được đề cập trong y văn nhằm giảm nguy cơ tái phát, tuy nhiên hiệu quả vẫn chưa được chứng minh rõ ràng [2].

4. KẾT LUẬN

Amyloidosis bàng quang là bệnh lý hiếm gặp, có biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu, dễ nhầm với u bàng quang ác tính. Trường hợp của chúng tôi cho thấy bệnh có thể gây tắc nghẽn đường niệu và suy thận nặng khi tổn thương lan tới vùng cổ và tam giác bàng quang. Chẩn đoán xác định dựa trên giải phẫu bệnh, đặc biệt là nhuộm đỏ Congo kết hợp quan sát dưới ánh sáng phân cực. Điều trị chủ yếu là cắt bỏ tổn thương và cần theo dõi lâu dài do nguy cơ tái phát. Amyloidosis nên được lưu ý trong chẩn đoán phân biệt các trường hợp tiểu máu kèm khối bàng quang.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Merlini G. AL amyloidosis: from molecular mechanisms to targeted therapies. Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 2017, 2017 (1): 1-12. doi: 10.1182/asheducation-2017.1.1

[2] Yu Z.Y, Yan L, Wang H.K et al. Bladder triangle amyloidosis: a case report and literature review. Medicine (Baltimore), 2022, 101 (49): e32179. doi: 10.1097/MD.0000000000032179

[3] Sipe J.D et al. Amyloid fibril proteins and amyloidosis: chemical identification and clinical classification - International Society of Amyloidosis 2016 nomenclature guidelines. Amyloid - Int J Exp Clin Investig Off J Int Soc Amyloidosis, 2016, 23 (4): 209-213. doi: 10.1080/13506129.2016.1257986

[4] Calvin S.H.Ng, Wan S, Yim A.P.C, Vale J. Idiopathic localised bladder amyloidosis: rare cause of haematuria. Int Urol Nephrol, 2002, 34 (1): 55-8. doi: 10.1023/a:1021302827755

[5] Merlini G et al. Systemic immunoglobulin light chain amyloidosis. Nat Rev Dis Primer, 2018, 4 (1): 38. doi: 10.1038/s41572-018-0034-3

[6] Jain M et al. Localized amyloidosis of urinary bladder: a diagnostic dilemma. Indian J Pathol Microbiol, 2008, 51 (2): 247-9. doi: 10.4103/0377-4929.41671

[7] Pyrgidis N et al. Amyloidosis of the urinary bladder: a systematic review and a proposed management algorithm. Urology, 2021, 156: e12-e19. doi: 10.1016/j.urology.2021.07.013