

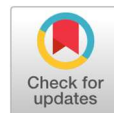


ISSN: 1859-1779

Báo cáo Ca lâm sàng

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 28(10):194-198

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.10.26>



Nang tuyến Skene ở người trưởng thành: Báo cáo một trường hợp hiếm gặp điều trị thành công

Nguyễn Ngọc Tiến^{1*}, Ngô Thanh Mai¹, Quách Triều Giang¹

¹Khoa Niệu – Nam Khoa, Bệnh viện Quốc Tế Mỹ AIH, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nang tuyến Skene là một bệnh lý hiếm gặp ở nữ giới, có thể không biểu hiện triệu chứng nhưng trong nhiều trường hợp có thể gây rối loạn khi đi tiểu, nhiễm trùng niệu hoặc khó chịu khi quan hệ tình dục. Tuyến Skene là tuyến tương đồng ở nữ với tuyến tiền liệt ở nam. Việc điều trị nang tuyến Skene vẫn còn tranh cãi.

Báo cáo ca: Chúng tôi báo cáo một trường hợp nữ bệnh nhân 40 tuổi đến khám vì tiểu khó, có tiền sử nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần và cảm giác khó chịu khi giao hợp. Khám lâm sàng ghi nhận một khối dạng nang kích thước 2 cm cạnh bên trái lỗ niệu đạo ngoài, không đau, không tiết dịch. Đồng thời, có sa thành sau âm đạo. Kết quả MRI cho thấy hình ảnh phù hợp với nang tuyến Skene. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt viên nang phối hợp phục hồi thành sau âm đạo. Phẫu thuật thuận lợi, không ghi nhận biến chứng hậu phẫu.

Kết luận: Đây là một trường hợp minh họa cho việc cần lưu ý và nghĩ đến nang tuyến Skene trong các chẩn đoán phân biệt trước các rối loạn niệu-dục không đặc hiệu. MRI và giải phẫu bệnh học nang tuyến Skene đóng vai trò quan trọng trong xác định chẩn đoán. Phẫu thuật cắt viên nang là phương pháp điều trị ngắn hạn hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: nang tuyến Skene; phẫu thuật cắt viên nang; rối loạn tiểu tiện

Abstract

SKENE'S GLAND CYST IN AN ADULT: A RARE CASE WITH SUCCESSFUL MANAGEMENT

Nguyen Ngoc Tien, Ngo Thanh Mai, Quach Trieu Giang

Background: Skene's gland cyst is a rare condition in women. It may be asymptomatic, but in many cases, it can cause urinary disturbances or discomfort during sexual intercourse. The Skene's glands are the female homolog of the male prostate. The treatment of Skene's gland cysts remains controversial.

Case presentation: We report a case of a 40-year-old female patient who presented with dysuria and a history of recurrent urinary tract infections, accompanied by discomfort during intercourse. Clinical examination revealed a 2 cm cystic mass adjacent to the left side of the external urethral meatus, which was non-tender and non-draining. Additionally, a protruding

Ngày nhận bài: 05-08-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 10-10-2025 / Ngày đăng bài: 15-10-2025

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Tiến. Khoa Niệu – Nam Khoa, Bệnh viện Quốc Tế Mỹ AIH, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: tienuro@gmail.com

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

mass in the vulvar-perineal region was noted, suggestive of posterior vaginal wall prolapse. MRI findings were consistent with a Skene's gland cyst. The patient underwent marsupialization of the cyst in combination with posterior vaginal wall repair. The surgery was uneventful, and no postoperative complications were recorded.

Conclusion: This condition, in addition to its rarity, often presents non-specific urological and gynecological symptoms. Therefore, it is essential to consider differential diagnoses alongside clinical assessment. MRI imaging plays a crucial role in supporting diagnosis, while definitive diagnosis relies on histopathological confirmation. The surgical marsupialization of the Skene's gland cyst is an effective and safe treatment method in a short term.

Keywords: Skene's gland cyst; surgical marsupialization; urinary disturbances

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

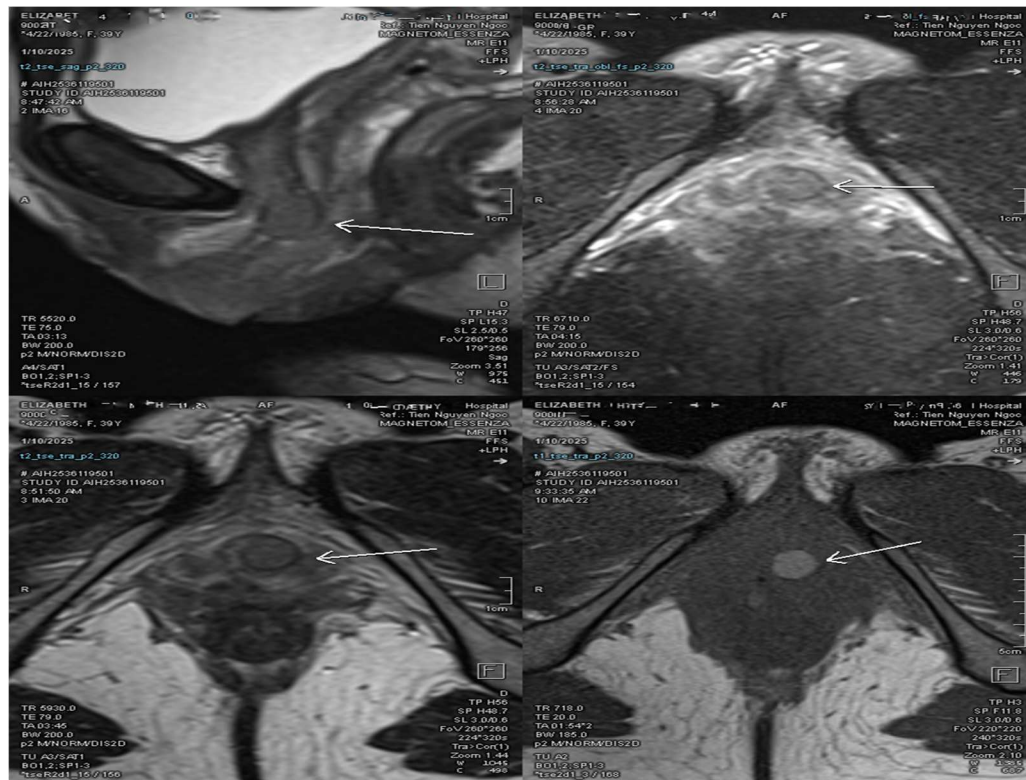
Tuyến Skene, còn gọi là tuyến cạnh niệu đạo lần đầu tiên được mô tả bởi bác sĩ Skene AJC vào năm 1880, có chức năng tiết dịch nhầy bôi trơn trong hoạt động tình dục, là tuyến tương đồng với tuyến tiền liệt ở nam ở nữ [1]. Việc điều trị chuẩn cho nang tuyến Skene vẫn chưa được đồng thuận vì nang tuyến Skene rất hiếm gặp. Các phương pháp điều trị phẫu thuật bao gồm cắt bỏ một phần nang, cắt và khâu viên nang hoặc cắt bỏ nang hoàn toàn [1-4]. Nang tuyến Skene rất hiếm gặp, thường do tắc nghẽn ống tuyến lâu ngày. Biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, gây khó khăn trong chẩn đoán. Báo cáo này

trình bày một trường hợp lâm sàng điển hình nhằm nhấn mạnh vai trò của thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị ngoại khoa.

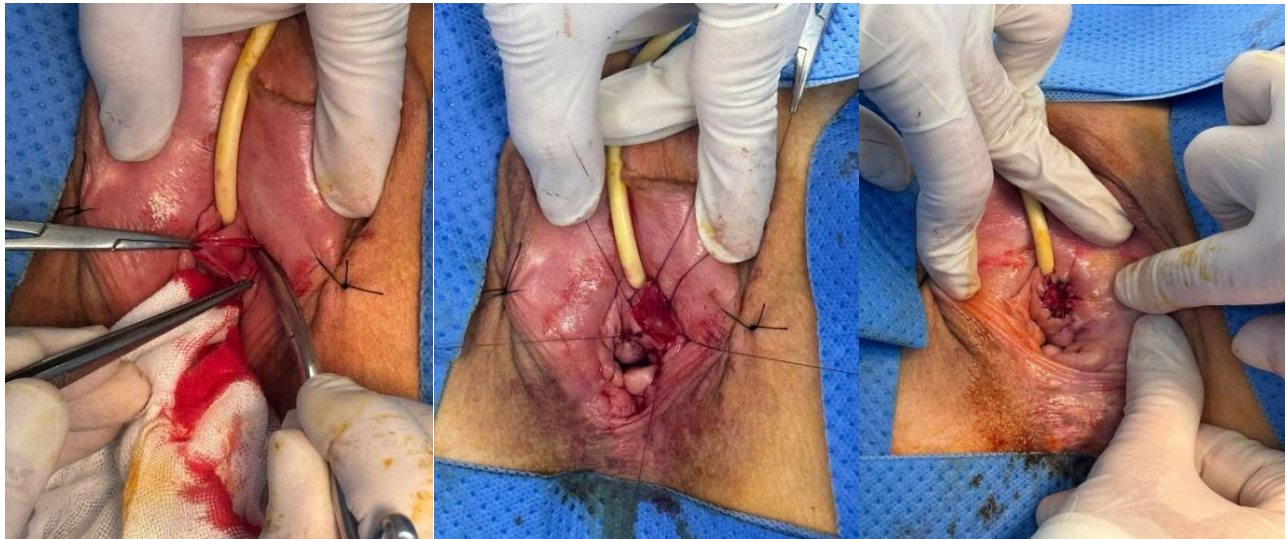
2. BÁO CÁO CA

Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, đến khám vì triệu chứng nhiễm trùng niệu điển hình.

Tiền sử ghi nhận nhiều đợt nhiễm trùng tiểu. Bệnh nhân ghi nhận cảm giác khó chịu khi giao hợp và thỉnh thoảng xuất hiện khối sa ra ngoài lỗ từ vùng âm hộ - tầng sinh môn khi hoạt động thể lực.



Hình 1. MRI - Hình ảnh phù hợp với nang tuyến Skene: tăng tín hiệu T1, có thể có biến chứng với thành phần xuất huyết hoặc giàu protein, chất nhầy (bội nhiễm), sát thành lỗ niệu đạo bên trái (vị trí 2h-6h), chèn ép thành trái niệu đạo



Hình 2. Phẫu thuật cắt viền nang tuyến Skene

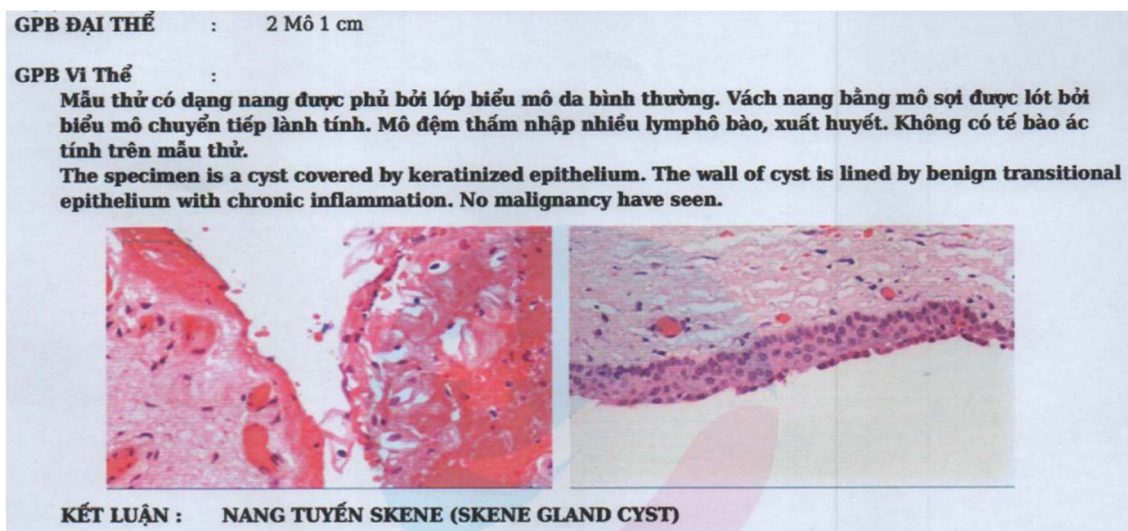
Thăm khám lâm sàng ghi nhận ngoài sa thành sau âm đạo độ II/III, bệnh nhân có 1 khối dạng nang kích thước khoảng 2 cm cạnh trái lỗ niệu đạo ngoài, không đau, không chảy dịch hoặc mủ khi ấn vào nang.

Khảo sát siêu âm bụng cho thấy bệnh nhân có thể tiểu hết được nước tiểu trong bàng quang. Sau đó bệnh nhân được chỉ định chụp MRI với kết quả hình ảnh phù hợp với nang tuyến Skene đề vào niệu đạo (Hình 1).

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt viêm nang tuyến Skene kết hợp với phục hồi thành sau âm đạo. Trong quá trình phẫu thuật, dịch trong nang ghi nhận là dịch nhầy đục và được chỉ định cấy dịch định danh vi trùng và kháng sinh đồ (Hình 2).



Hình 3. Tái khám 1 tháng sau phẫu thuật cắt viên nang



Hình 4. Kết quả giải phẫu bệnh nang tuyến Skene

Phẫu thuật diễn ra thuận lợi, bóc tách nang và khâu viền nang với biểu mô âm đạo bằng chỉ Vicryl 5/0 mùi ròi, không có bất kì biến chứng nào. Kết quả giải phẫu bệnh sau đó khẳng định chẩn đoán ban đầu nang tuyến Skene lành tính. Giai đoạn hậu phẫu thuận lợi, bệnh nhân được xuất viện sau 4 ngày. Quá trình tái khám và theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng ghi nhận bệnh nhân phục hồi tốt, không còn các triệu chứng than phiền ban đầu: nhiễm trùng niệu cũng như khó chịu khi quan hệ tình dục (Hình 3, 4).

3. BÀN LUẬN

Tuyến Skene được bác sĩ Alexander Johnston Chalmers Skene mô tả lần đầu tiên vào năm 1880 [5]. Tuyến này nằm cạnh bên niệu đạo, có ống tuyến đổ vào thành âm đạo, cạnh lỗ ngoài niệu đạo. Chức năng của tuyến được cho là tiết dịch nhờn nhằm mục đích bảo vệ và bôi trơn trong hoạt động tình dục. Tuyến Skene về mặt phôi học có nguồn gốc từ xoang niệu sinh dục nên các nang này được lót bằng biểu mô vảy tầng [1].

Nang tuyến Skene là một tổn thương hiếm gặp đối với mọi độ tuổi, với tỉ lệ dao động từ 1/7000 đến 1/2000 ở trẻ sơ sinh [6,7]. Nguyên nhân hình thành nang bẩm sinh này là chưa rõ. Tuy nhiên, ở người trưởng thành, nguyên nhân có thể được ghi nhận do sự tắc nghẽn ống tuyến do viêm nhiễm dẫn đến thành nang [2]. Ngoài ra, kích thước của nang có thể phụ thuộc vào nội tiết và tăng kích thước trong lúc mang thai cũng như teo nhỏ lại khi mãn kinh [9].

Nang tuyến Skene thường có biểu hiện là một “khối” không triệu chứng cạnh niệu đạo. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, nang có thể gây ra các triệu chứng như tiểu khó, tiểu lắt nhắt, nhiễm trùng tiết niệu cũng như ảnh hưởng đặc biệt là cảm giác khó chịu và cản trở, thậm chí làm giảm khoái cảm do tâm lý trong sinh hoạt tình dục [10].

Trường hợp lâm sàng mà chúng tôi báo cáo có kích thước nang tuyến Skene không quá lớn, bệnh nhân đến khám và than phiền triệu chứng tại phòng khám phụ khoa trước khi được bác sĩ Sản phụ khoa đề nghị khám chuyên khoa niệu sau đó.

Nang tuyến Skene thường bị bỏ sót do tính chất hiếm gặp và triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Chẩn đoán phân biệt cần đặc biệt lưu ý đến túi thừa niệu đạo, u cạnh niệu đạo, nang âm đạo hoặc các tổn thương mô mềm vùng âm hộ- âm đạo

như u cơ trơn, niệu quản lạc chỗ, ung thư biểu mô tế bào vảy âm đạo hoặc u hạt nhiễm trùng [2].

MRI chậu có vai trò quan trọng trong định vị và khẳng định tổn thương, giúp lên kế hoạch điều trị phù hợp và hiệu quả cho bệnh nhân. Khi các biện pháp điều trị bảo tồn không hiệu quả, chỉ định phẫu thuật sẽ được đặt ra. Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị nang tuyến Skene, bao gồm cắt khâu viền nang (marsupialisation), cắt bán phần hoặc toàn bộ nang [2-4,8]. Phẫu thuật cắt trọn nang có tỉ lệ thành công cao và nguy cơ tái phát rất thấp. Nghiên cứu của Foster và cộng sự cho thấy rằng không có bệnh nhân nào tái phát trong số 10 bệnh nhân được cắt trọn nang và theo dõi trong khoảng thời gian trung bình là 3.5 năm [2]. Trong khi đó, phẫu thuật cắt khâu viền nang theo nghiên cứu của Sharifiaghdas và cộng sự ghi nhận chỉ 2 trường hợp (2.35%) trong số 85 bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp này tái phát trong khoảng thời gian theo dõi trung bình là 5.5 năm. Tuy vậy, cả hai bệnh nhân tái phát đều được điều trị thành công bằng cùng phương pháp trong lần can thiệp thứ hai [8]. Như vậy, phẫu thuật cắt khâu viền nang là một lựa chọn phẫu thuật đơn giản, nhanh, an toàn, ít nguy cơ biến chứng như tổn thương niệu đạo, tiểu không kiểm soát hoặc rò niệu đạo – âm đạo có thể xảy ra so với phương pháp cắt trọn nang, trong khi vẫn đạt được kết quả điều trị cao.

4. KẾT LUẬN

Nang tuyến Skene tuy hiếm gặp, nhưng cần được nghĩ đến trong các trường hợp có rối loạn đi tiểu và khó chịu khi giao hợp. MRI và giải phẫu bệnh đóng vai trò hỗ trợ chẩn đoán xác định. Phẫu thuật cắt viền nang là một lựa chọn điều trị đơn giản, nhanh chóng, hiệu quả và ít biến chứng.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Bách

<https://orcid.org/0000-0002-1836-5353>

Huỳnh Ngọc Linh

<https://orcid.org/0000-0002-6003-9412>

Nguyễn Huỳnh Thanh Tuấn

<https://orcid.org/0009-0004-1173-5990>

Nguyễn Minh Tiến

<https://orcid.org/0009-0002-7143-7448>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Ngọc Tiến

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Ngọc Tiến

Thu thập dữ liệu: Ngô Thanh Mai, Quách Triều Giang

Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Ngọc Tiến

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Ngọc Tiến

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Ngọc Tiến

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eilber KS, Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: a literature review. *J Urol*. 2003;170(3):717–22.
2. Foster J, Lemack G, Zimmern P. Skene's gland cyst excision. *Int Urogynecol J*. 2016;27(5):817–20.
3. Shah S, Biggs G, Rosenblum N, Nitti V. Surgical management of Skene's gland abscess/infection: a contemporary series. *Int Urogynecol J*. 2012;23(2):159–64.
4. Blaivas JG, Flisser AJ, Bleustein CB, Panagopoulos G. Periurethral masses: etiology and diagnosis in a large series of women. *Obstet Gynecol*. 2004;103(5 Pt 1):842–7.
5. Skene AJC. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra: with lithographic plate. *Am J Obstet Dis Women Child*. 1880;13(2):265.
6. Yayla D, Demitas G, Tagci S, Karabulut B, Tiryaki HT. Paraurethral cyst case in puberty. *J Pediatr Surg Case Rep*. 2021;68:101788.

7. Shin T, Sato R, Shibuya T, Ando T, Mimata H. Adult-onset Skene's gland cyst following a history of multiple gynecological treatment interventions. *Urol Case Rep*. 2021;36:101586.
8. Sharifiaghdas F, Daneshpajoo A, Mirzaei M. Paraurethral cyst in adult women: experience with 85 cases. *Urol J*. 2014; 11:1896–9. Erratum in: *Urol J*. 2015;12:2293.
9. Busto Martín L, Barguti I, Andraca AZ, Gómez IR, Castañón LB. Cyst of the Skene's gland: report of four cases and bibliographic review. *Arch Esp Urol*. 2010;63(3):238–42.
10. Cover B, Tovar J, Enakpene OL, Enakpene CA. Symptomatic giant Skene's gland cyst during second trimester pregnancy and surgical excision: A case report. *Reprod Med*. 2024;5(4):310–8.