

Viêm kẽ *Candida* đối xứng giả vảy nến thể đảo ngược: Một bẫy chẩn đoán trong thực hành lâm sàng

Symmetrical *Candidal* intertrigo mimicking inverse psoriasis: A diagnostic pitfall from a clinical practice

Nguyễn Thị Quỳnh Trang*, Hoàng Quốc Tuấn,
Luu Ngọc Vi, Lê Minh Châu, Nguyễn Thị Thúy Quỳnh,
Nguyễn Thị Hải Yến và Nguyễn Thanh Hà

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Viêm kẽ do *Candida* là bệnh da thường gặp, chủ yếu khu trú tại các vùng kẽ. Tuy nhiên trong một số trường hợp không điển hình, tổn thương có thể phân bố đối xứng, ít vảy, và biểu hiện lâm sàng tương tự vảy nến thể đảo ngược hoặc viêm da tiếp xúc. Bên cạnh đó, xét nghiệm soi tươi tìm nấm có thể cho kết quả âm tính giả, đặc biệt trong nhiễm *Candida*, gây khó khăn trong chẩn đoán và dẫn đến điều trị không phù hợp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp viêm kẽ do *Candida albicans* với tổn thương dạng mảng đỏ đối xứng tại các vùng kẽ lớn không đáp ứng với điều trị corticoid. Xét nghiệm soi tươi vảy da tìm nấm nhiều vị trí đều âm tính trong khi kết quả nuôi cấy nấm phát hiện *Candida albicans*, mô bệnh học nhuộm PAS phát hiện giả sợi và bào tử nấm trong lớp sừng, khẳng định chẩn đoán viêm kẽ do *Candida albicans*. Bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với điều trị kháng nấm. Trường hợp này nhấn mạnh viêm kẽ do *Candida* có thể biểu hiện đối xứng và dễ nhầm với vảy nến thể đảo ngược, đặc biệt khi xét nghiệm soi tươi âm tính. Do đó, trong các trường hợp lâm sàng còn nghi ngờ, việc phối hợp nuôi cấy nấm và mô bệnh học là cần thiết nhằm chẩn đoán chính xác, tránh lạm dụng corticoid và tối ưu hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Viêm kẽ, *Candida albicans*, vảy nến thể đảo ngược, nuôi cấy nấm, mô bệnh học.

Summary

Candidal intertrigo is a common dermatological condition, predominantly affecting intertriginous areas. However, in some atypical cases, lesions may present symmetrically with minimal scaling and clinical features resembling inverse psoriasis or contact dermatitis, leading to a risk of misdiagnosis and inappropriate treatment. In addition, direct microscopic examination for fungi may yield false-negative results, particularly in cases of *Candida* infections, complicating diagnosis and delaying appropriate therapy. We report a case of *Candida albicans* intertrigo presenting as symmetrical erythematous plaques in major skin folds that did not respond to corticosteroid therapy. Direct microscopic examinations from multiple sites were negative for fungal elements, whereas fungal culture identified *Candida albicans*, and histopathological examination with periodic acid-Schiff (PAS) staining revealed pseudohyphae and yeast forms within the stratum corneum, confirming the diagnosis of candidal intertrigo. The patient achieved rapid and complete clinical resolution with antifungal therapy. This case

Ngày nhận bài: 15/01/2026, ngày chấp nhận đăng: 9/2/2026

* Tác giả liên hệ: quynhtrangdl108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

highlights that candidal intertrigo may present with symmetrical lesions mimicking inverse psoriasis, particularly when direct microscopy is negative. Therefore, in clinically suspicious cases, the combined use of fungal culture and histopathological examination is essential in an accurate diagnosis, avoiding corticosteroid misuse, and optimize treatment outcomes.

Keywords: Intertrigo, *Candida albicans*, inverse psoriasis, fungal culture, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm kẽ do nấm *Candida* là một bệnh da liễu thường gặp, đặc biệt ở người cao tuổi, bệnh nhân đái tháo đường hoặc những đối tượng có các yếu tố thuận lợi như tăng tiết mồ hôi, béo phì và suy giảm miễn dịch.¹ Trên lâm sàng, bệnh thường biểu hiện bằng các mảng đỏ, ranh giới rõ, có thể kèm tổn thương vệ tinh tại các vùng kẽ, giúp gợi ý chẩn đoán tương đối điển hình. Tuy nhiên, trong một số trường hợp không điển hình, viêm kẽ do *Candida* có thể biểu hiện bằng các mảng đỏ đối xứng, ít vảy, không rõ tổn thương vệ tinh, khiến bệnh dễ nhầm lẫn với vẩy nến thể đảo ngược hoặc viêm da tiếp xúc dị ứng.^{2,3} Sự chồng lấp về hình thái lâm sàng này có thể dẫn đến chẩn đoán sai và lựa chọn điều trị không phù hợp, đặc biệt là việc sử dụng corticoid kéo dài, làm che lấp triệu chứng khiến bệnh diễn biến dai dẳng.

Bên cạnh đó, các xét nghiệm vi sinh thường quy như soi tươi vảy da tìm nấm có thể cho kết quả âm tính giả, đặc biệt đối với nhóm nấm men *Candida*, gây chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị.⁴ Trong những tình huống lâm sàng còn nghi ngờ, việc chỉ dựa vào biểu hiện lâm sàng hoặc soi tươi đơn thuần là chưa đủ để chẩn đoán xác định chính xác.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp viêm kẽ do *Candida albicans* với biểu hiện lâm sàng không điển hình dễ nhầm với vẩy nến thể đảo ngược và có kết quả soi tươi nhiều vị trí đều âm tính. Trường hợp này nhằm nhấn mạnh một bấy chẩn đoán thường gặp

trong thực hành lâm sàng đồng thời làm rõ vai trò của việc phối hợp các phương pháp cận lâm sàng như nuôi cấy nấm và mô bệnh học trong chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Giới thiệu ca bệnh: Bệnh nhân nữ, 62 tuổi, tiền sử thoái hóa khớp gối hai bên nhiều năm, đang sử dụng Etodolac 600 mg/ngày và Methocarbamol 1500 mg/ngày. Bệnh nhân mới được phát hiện đái tháo đường típ 2 nhưng chưa điều trị thuốc hạ đường huyết.

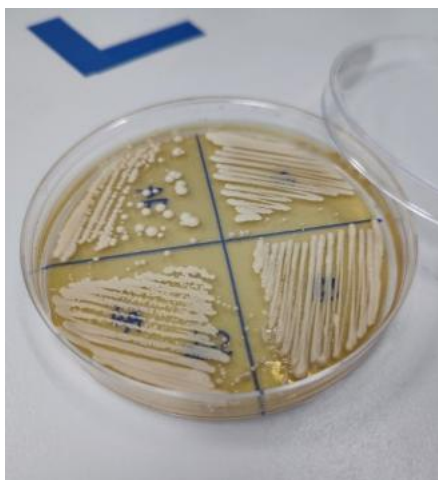
Một tháng trước khi nhập viện, bệnh nhân xuất hiện mảng đỏ tại vùng nách phải, kèm ngứa rất nhiều. Bệnh nhân đã đi khám và được chẩn đoán viêm da tiếp xúc dị ứng, điều trị bằng kem bôi Betamethasone valerate 0,1% kết hợp methylprednisolone đường uống liều 16 mg/ngày trong 5 ngày. Tuy nhiên, tổn thương không cải thiện mà còn lan rộng sang nách trái, hai bên bẹn và vùng kẽ mông.

Khám lâm sàng ghi nhận các mảng đỏ, ranh giới rõ, bề mặt có ít vảy trắng mỏng, phân bố đối xứng tại hai bên nách, bẹn và kẽ mông (Hình 1). Không ghi nhận tổn thương da tại các vị trí khác và không có tổn thương móng. Dựa trên lâm sàng, chẩn đoán sơ bộ được nghĩ đến là viêm kẽ do nấm, với chẩn đoán phân biệt chính là vẩy nến thể đảo ngược.

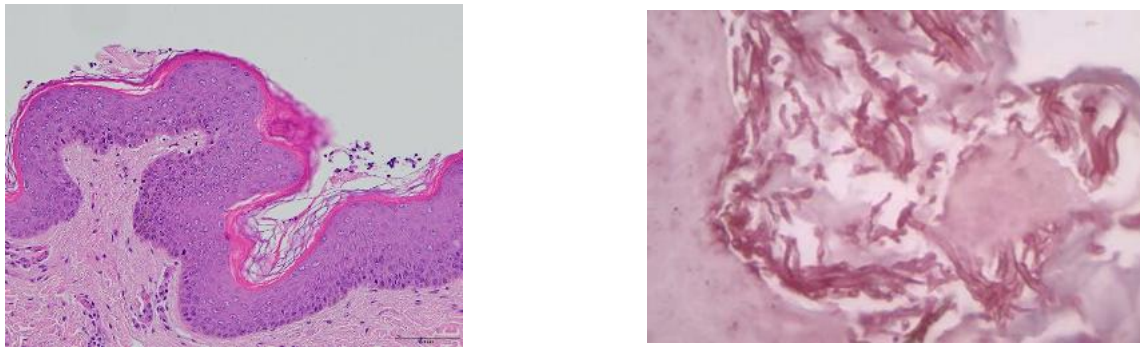


Hình 1. Hình ảnh lâm sàng ban đầu: các mảng đỏ, ranh giới rõ, phân bố đối xứng tại vùng nách, bẹn và kẽ mông.

Xét nghiệm: Soi tươi vảy da tìm nấm được thực hiện tại hai vị trí nách và bẹn, kết quả đều âm tính. Do lâm sàng vẫn nghi ngờ nhiễm nấm, bệnh nhân được chỉ định nuôi cấy nấm và sinh thiết da. Kết quả nuôi cấy cho thấy *Candida albicans* mọc nhiều (3+) (Hình 2). Mô bệnh học nhuộm hematoxylin–eosin (H&E) cho hình ảnh viêm da không đặc hiệu, không ghi nhận các dấu hiệu gợi ý vảy nến. Nhuộm PAS làm nổi bật hình ảnh giả sợi và bào tử nấm trong lớp sừng của thượng bì, phù hợp với nhiễm *Candida* (Hình 3).



Hình 2. Nuôi cấy nấm: *Candida albicans* mọc nhiều (3+) trên môi trường Sabouraud dextrose agar (SDA)



Hình 3. Mô bệnh học tổn thương da. (A) Nhuộm H&E cho thấy hình ảnh viêm da không đặc hiệu ($\times 100$). (B) Nhuộm PAS làm nổi bật giả sợi và bào tử nấm *Candida* trong lớp sừng ($\times 400$).

Dựa trên lâm sàng, kết quả vi sinh và mô bệnh học, bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm kẽ do *Candida albicans*.

Điều trị: Bệnh nhân được điều trị bằng Fluconazole 150 mg/lần/tuần trong 4 tuần, kết hợp thuốc kháng nấm bôi tại chỗ (Terbinafine bôi sáng và Ciclopirox olamine bôi tối). Sau 1 tháng, tổn thương da thoái lui hoàn toàn, không còn triệu chứng ngứa rát (Hình 4), xét nghiệm cấy nấm âm tính.



Hình 4. Hình ảnh lâm sàng sau 1 tháng điều trị bằng fluconazole: tổn thương thoái lui hoàn toàn.

III. BÀN LUẬN

Trong trường hợp này, tổn thương viêm kẽ phân bố đối xứng tại nhiều vị trí (nách, bẹn và kẽ mông) là một yếu tố dễ gây nhầm lẫn nhiễm *Candida* với vảy nến thể đảo ngược⁵. Vảy nến thể đảo ngược thường

biểu hiện bằng các mảng đỏ, ranh giới rõ, ít hoặc không có vảy, khu trú tại các vùng kẽ và có xu hướng đối xứng³. Do đó, nếu chỉ dựa vào hình thái tổn thương lâm sàng nguy cơ chẩn đoán sai là đáng kể, đặc biệt trong các trường hợp không có tổn thương vảy nến điển hình ở các vị trí khác. Bên cạnh đó, triệu

chúng ngứa nhiều cũng có thể khiến thầy thuốc nghĩ đến viêm da tiếp xúc dị ứng.

Một điểm đáng chú ý trong ca bệnh này là bệnh nhân không đáp ứng với điều trị corticoid toàn thân và tại chỗ. Trong thực hành lâm sàng, tổn thương viêm da tiếp xúc hoặc vảy nến thường có xu hướng cải thiện khi sử dụng corticoid. Việc không đáp ứng điều trị, thậm chí lan rộng trong trường hợp này là một dấu hiệu gợi ý cần xem xét lại chẩn đoán ban đầu và nghĩ đến các nguyên nhân khác, trong đó có nhiễm nấm. Ngoài ra, bệnh nhân có đái tháo đường típ 2 - một yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận liên quan đến tăng nguy cơ nhiễm *Candida*^{1,6}.

Soi tươi vảy da tìm nấm là xét nghiệm thường được chỉ định đầu tay trong nghi ngờ nhiễm nấm da. Tuy nhiên, đối với nhóm nấm men *Candida*, xét nghiệm này có tỷ lệ âm tính giả tương đối cao do số lượng nấm ít hoặc hình thái nấm khó quan sát⁴. Trường hợp của chúng tôi cho thấy, mặc dù soi tươi âm tính tại nhiều vị trí, nuôi cấy nấm vẫn đóng vai trò quyết định trong việc xác định căn nguyên. Nuôi cấy không chỉ có độ nhạy cao hơn mà còn cho phép định danh chính xác tác nhân gây bệnh^{1,4}.

Sinh thiết da trong trường hợp này giúp loại trừ chẩn đoán vảy nến thể đảo ngược nhờ việc không ghi nhận các đặc điểm mô học điển hình của vảy nến như dày sừng, á sừng, mất lớp hạt, tăng gai hoặc vi áp-xe Munro³. Đồng thời, nhuộm PAS làm nổi bật hình ảnh giả sợi và bào tử nấm *Candida* trong lớp sừng giúp khẳng định nhiễm *Candida* và được xem là phương pháp nhuộm đặc hiệu giúp khẳng định sự hiện diện của nấm trong mô.² Như vậy, việc phối hợp nuôi cấy nấm và mô bệnh học, đặc biệt nhuộm PAS là cần thiết trong các trường hợp tổn thương vùng kẽ không điển hình và còn nghi ngờ trên lâm sàng.

Về điều trị, Fluconazole là thuốc kháng nấm đường toàn thân được khuyến cáo hàng đầu trong điều trị nhiễm nấm *Candida* da, với liều thường dùng là 150mg mỗi tuần, cho hiệu quả tốt và độ an toàn cao. Việc sử dụng đúng liều và thời gian điều trị giúp tránh nguy cơ nhầm lẫn với các phác đồ dùng thuốc hàng ngày có thể làm tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn⁷. Đáp ứng lâm sàng nhanh và hoàn toàn

trong trường hợp này cũng góp phần củng cố chẩn đoán viêm kẽ do nấm *Candida albicans*.

IV. KẾT LUẬN

Viêm kẽ do *Candida albicans* có thể biểu hiện đối xứng tại nhiều vùng kẽ và dễ nhầm với vảy nến thể đảo ngược, đặc biệt khi xét nghiệm soi tươi tìm nấm cho kết quả âm tính. Trong các trường hợp nghi ngờ lâm sàng, việc chỉ định nuôi cấy nấm và nhuộm mô bệnh học đặc hiệu như PAS là cần thiết nhằm chẩn đoán chính xác, tránh lạm dụng corticoid và đảm bảo hiệu quả điều trị.

Điều trị nấm *C.albicans* bằng Fluconazole 150mg/lần/tuần x 4 tuần có kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kalra MG, Higgins KE, Kinney BS (2014) *Intertrigo and secondary skin infections*. Am Fam Physician 89(7): 569-573.
2. Hay RJ, Ashbee HR (2016) *Fungal Infections*. In: Rook's Textbook of Dermatology. John Wiley & Sons, Ltd; 2016:1-110. doi:10.1002/9781118441213.rtd0033
3. Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM (2005) *Psoriasis: Epidemiology, clinical features, and quality of life*. Ann Rheum Dis 64 Suppl 2 (Suppl 2):ii18-23; discussion ii24-25. doi:10.1136/ard.2004.033217
4. Elewski BE (1996) *Diagnostic techniques for confirming onychomycosis*. J Am Acad Dermatol 35(3 Pt 2): 6-9. doi:10.1016/s0190-9622(96)90062-6
5. Micali G, Verzi AE, Giuffrida G, Panebianco E, Musumeci ML, Lacarrubba F (2019) *Inverse Psoriasis: From Diagnosis to Current Treatment Options*. Clin Cosmet Investig Dermatol 12: 953-959. doi:10.2147/CCID.S189000
6. Geerlings SE, Hoepelman AI (1999) *Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM)*. FEMS Immunol Med Microbiol 26(3-4): 259-265. doi:10.1111/j.1574-695X.1999.tb01397.x
7. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR et al (2016) *Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America*. Clin Infect Dis. 2016;62(4):e1-50. doi:10.1093/cid/civ933.