

# UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VÂY CỦA ĐÀI BỂ THẬN (RSCC) THÔNG BÁO 1 TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Trần Hòa<sup>1</sup>

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.60.12

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư biểu mô tế bào vảy của đài bể thận (RSCC) là một bệnh lý ác tính hiếm gặp, có tiên lượng xấu. Chúng tôi thông báo một trường hợp ghi nhận tại Bệnh viện C Đà Nẵng nhằm rút ra kinh nghiệm về chẩn đoán lâm sàng, hình ảnh y học trong việc tiếp cận 1 trường hợp RSCC nhằm có được 1 phương thức điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh y học của một bệnh nhân có chẩn đoán giải phẫu bệnh là RSCC sau cắt thận và theo dõi từ khi được điều trị cho đến khi bệnh nhân tử vong (từ 10/2018 – 1/2019) và hồi cứu y văn.

**Tóm tắt và bàn luận:** Bệnh nhân nam 78 tuổi có tiền sử sỏi thận đã mổ 10 năm, nhập viện vì triệu chứng đau vùng hông (T) dạng quặn thận kèm đái máu, Siêu âm và KUB, UIV chỉ phát hiện sỏi thận và thận ứ nước, CT scanner bụng phát hiện U đài bể thận kèm sỏi thận và hạch lớn. Các cơ quan khác trong giới hạn bình thường.

Bệnh nhân có chỉ định cắt thận rộng rãi. Kết quả giải phẫu bệnh u thận trái: ung thư biểu mô tế bào vảy biệt hóa tốt, xâm lấn và di căn hạch.

Bệnh nhân tái phát sau cắt thận 3 tháng xâm lấn ra mô xung quanh, có di căn hạch vùng và tử vong nghi ngờ do di căn não 1 tháng sau U tái phát và 4 tháng sau khi có chẩn đoán giải phẫu bệnh lý.

RSCC là 1 khối u ác tính hiếm gặp tiến triển nhanh và có tiên lượng xấu, tỉ lệ mắc bệnh từ 0.5 – 15% u thận ác tính. Thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, tiền sử sỏi thận hoặc sỏi thận (đặc biệt là sỏi san hô) có một mối liên quan mạnh đến sự hình thành RSCC. Tất cả các trường hợp chỉ được chẩn đoán bằng mô bệnh học sau mổ bởi vì các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu và dễ bị bỏ sót với các kỹ thuật thông thường. Hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn muộn khi có được chẩn đoán. Đáp ứng điều trị kém. Thời gian sống thêm trung bình khoảng 3,5 tháng đến 7 tháng, tỷ lệ sống thêm 5 năm: 7,7%.

**Kết luận:** Qua trường hợp này cần lưu ý trên bệnh nhân lớn tuổi có sỏi thận, tiền sử sỏi thận, cần được thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao nhằm phát hiện sớm tổn thương u, hi vọng sẽ cải thiện tiên lượng bệnh nhân được tốt hơn. Đánh giá mô bệnh vẫn luôn có giá trị trong chẩn đoán SRCC.

**Từ khóa:** Biểu mô tế bào vảy của đài bể thận.

1. Bệnh viện C Đà Nẵng

- Ngày nhận bài (Received): 25/7/2019; Ngày phản biện (Revised): 24/02/2020;  
- Ngày đăng bài (Accepted): 24/4 /2020  
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Hòa  
- Email: tranhoadok@gmail.com; SĐT: 0905325858

ABSTRACT

SQUAMOUS CELL CARCINOMA (SCC) OF THE RENAL PELVIS:  
A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Tran Hoa<sup>1</sup>

**Background:** SCC of Renal pelvis are rare in clinical practice and pathology. We report a case with clinicopathological correlation of SCC in Hospital C Da Nang.

**Objective:** To demonstrate on unusual and aggressive of SCC. The discusses the clinical and radiological features.

**Methods:** We review the clinical and pathological record of a case RSCC in retrospective of nephrectomy specimens and follow up the patient from Oct/2018 to Jan/2019 and appropriate literatures.

**Case report:** A 78 years old male presented with history of renal stone operation ten years ago. The patient admitted with flank, abdominal pain and hematuria. Family history and physical examination were within normal limits.

Ultrasound examination of abdomen showed left renal calculi, KUB and UIV which reveals only calculi and hydronephrosis. Abdominal CT reveals a left renal pelvis mass, calculi and large lymph nodes. The patient underwent a left radical nephrectomy without complications.

Histopathological examination revealed features of well-differentiated squamous cell carcinoma of renal with extensive involvement of renal parenchyma and metastasis to lymph nodes. Due to aggressive nature of these tumor patient develop locally recurrence and disseminated metastatic disease. The patient was dead four months after pathologic diagnosis.

Primary SCC of renal pelvis is rare, which represents only 0.5 to 15% of malignant renal tumor. Few such cases have been reported. Nephrolithiasis, especially formation of staghorn stone was accepted as a main carcinogenic risk factor SCC. Chronic irritation, inflammation and infection are believed to induce reactive change in the urothelium and leads to neoplasia via metaplasia and leucoplasia. Initial diagnosis of SCC is based on histopathological examination. The histopathology is the hallmark of diagnosis because of lack of characteristic clinical and imaging features. Most of these SCC are moderately or presented with advanced stage.

The current primary treatment of renal SCC is nephrectomy, adjuvant chemotherapy or radiotherapy indicated in metastatic disease. However, it is highly aggressive unfavorable outcome, suggesting very poor prognosis, with a median survival of 3.5 months in cases of metastatic dissemination; 7 months post operatively and a dismal 5 years survival rate 7.7%.

**Conclusion:** Primary SCC of renal pelvis is a rare aggressive tumor with poor prognosis. The patient with newer imaging technologies for early detection of the tumor that may lead to better outcome for the patients. Histopathology is the hallmark of diagnosis which is usually made after surgical resection.

**Keyword:** Squamous cell carcinoma of renal pelvis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u ở thận (bao gồm đài bể thận) hầu hết xuất phát từ nhu mô thận, có hình ảnh vi thể của ung thư tế bào sáng, ung thư biểu mô tuyến hoặc

ung thư biểu mô chuyển tiếp hoặc các thành phần khác của cấu trúc thận. SCC nguyên phát ở đài bể thận là một bệnh lý hiếm gặp. Tất cả các trường hợp được thông báo đều được ghi nhận qua chẩn đoán

## Bệnh viện Trung ương Huế

mô bệnh học trên mẫu thận đã được cắt bỏ. Các biểu hiện lâm sàng và hình ảnh y học tương tự như các u khác ở thận hoặc không có hình ảnh đặc hiệu. SCC thường được thông báo ở bàng quang và niệu quản hơn là ở thận.

Chúng tôi thông báo 1 trường hợp SCC ở đài bể thận đã được chẩn đoán và theo dõi tiến triển sau cắt thận ở Bệnh viện C Đà Nẵng nhằm rút kinh nghiệm cho chẩn đoán lâm sàng và hình ảnh y học để đem lại hiệu quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân.

### II. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam 78 tuổi – hưu trí

Địa chỉ : Thanh Khê – Đà Nẵng – Mã bệnh nhân 00019382 Ngày vào viện 13/08/2018.

Bệnh nhân nhập viện với đau vùng hông trái có biểu hiện cơn đau quặn thận không điển hình kèm tiểu máu. Tiền sử đã mổ sỏi thận trái cách đây 10 năm, bệnh mạch vành, COPD.

Khám lâm sàng không thấy thận lớn, các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Cận lâm sàng có siêu âm bụng (13/08) và KUB (14/08) phát hiện sỏi thận trái. Đánh giá UIV (16/08): Thận trái ứ nước độ II – III / Sỏi đài bể thận. CTscanner bụng (18/08): Theo dõi U đài bể thận trái xâm lấn tĩnh mạch thận, Sỏi đài bể thận trái, nhiều hạch lớn. CTM có LYM % tăng cao 15,3%. Không đánh giá Calci máu toàn phần.

Bệnh nhân có chỉ định cắt thận rộng rãi (30/08/2018). Đánh giá trong khi mổ: U dính vào cơ thắt lưng chậu, cuống thận, nhiều hạch rốn thận (T) và cạnh động mạch chủ.

Kết quả GPB: Tổn thương u bờ không đều, mật độ chắc, mặt cắt không đồng nhất, xám vàng, vỏ bao không rõ, đường kính # 4 cm, xâm lấn vào nhu mô xung quanh, các đài thận giãn, có vài viên sỏi sần sùi.

Vi thể: tổn thương u thể hiện một trường hợp ung thư biểu mô vảy biệt hóa tốt xâm lấn nhu mô thận có di căn hạch, có hình ảnh chuyển sản và nghịch sản biểu mô vảy ở đài bể thận (P18 - 718 và 719 ngày 4/9).

Bệnh nhân được theo dõi và chăm sóc giảm nhẹ tại bệnh viện và tại nhà (Ra viện ngày 8/10)

Đến ngày 10/12 bệnh nhân nhập viện trở lại, kết quả CT(25/12) u tái phát ở hố thận (T) kích thước 77x85x70 mm xâm lấn vào cơ thắt lưng chậu, đài tràng lên, bó mạch thận và lan ra phúc mạc.

15/1 bệnh nhân tử vong với chẩn đoán: Nghi ngờ di căn não. Thời gian sống thêm sau khi có kết quả giải phẫu bệnh lý là 4 tháng.

### III. BÀN LUẬN

Ung thư thận (bao gồm đài bể thận) không thuộc nhóm ung thư thường gặp. Theo ghi nhận của GLOBOCAN 2018 ung thư thận đứng thứ 16 trong 20 loại ung thư thường gặp đầu tiên, chiếm 2.2% tổng số các trường hợp ung thư mới. Tỷ lệ tử vong 1.8% trong các loại ung thư. Tại Việt Nam ung thư thận đứng thứ 17, tỉ lệ mắc trong 5 năm là 5.67% ca ung thư được ghi nhận. Tính về quần thể 1 nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ung thư thận chiếm 4,4‰ trong đó nam giới chiếm 6 ‰ và nữ giới chiếm 3‰ [5].

U ở đài bể thận hiếm gặp hơn khi so với ung thư tế bào thận và ung thư biểu mô chuyển tiếp ở bàng quang [2]. Tổn thương mô bệnh học của u thận ác tính thường gặp là ung thư biểu mô tế bào sáng, ung thư biểu mô thận dạng nhú, ung thư tế bào ưa màu và ung thư biểu mô chuyển tiếp. Ung thư biểu mô tế bào vảy ( SCC ) ở đường tiết niệu là một tân sinh ác tính hiếm gặp. Thường được thông báo ở bàng quang và niệu đạo nam hơn là ở thận và niệu quản [2] .

Tỉ lệ ghi nhận chiếm 0.5 - 0.8% u ác tính ở thận và 10% trong các trường hợp u hiếm gặp [4] chiếm 6 - 15% ung thư đường tiểu trên [2] . Trong 1 nghiên cứu ở Trung Quốc SCC ở thận chiếm 4,4% u thận [13] và ở Việt Nam ghi nhận tại Bệnh viện Trung Ương Huế tỉ lệ này là 7/68 # 10% bệnh nhân ung thư thận [1]. Hầu hết SCC được ghi nhận qua thông báo lâm sàng hoặc chỉ nghiên cứu trên một số lượng không nhiều và kéo dài chỉ 46 trường hợp trong 44 năm [4], [7].

Biên độ thay đổi hình thái của biểu mô chuyển tiếp khá rộng do ảnh hưởng của các tác động chuyển sản và khối u xuất phát từ loại biểu mô này có thể hình thành với các mức độ biệt hóa khác nhau [2] . Hầu hết các tác giả đều cho rằng SCC xuất phát từ

sự rối loạn của sự chuyển sản vảy của lớp biểu mô của đường tiết niệu. Tuy nhiên đặc tính sinh học của 2 loại này hoàn toàn khác nhau [7]. Tất cả các nghiên cứu đều đề cập yếu tố nguy cơ để tiến triển thành SCC bao gồm nhiễm trùng niệu mãn tính, sỏi thận. Ngoài ra còn có một số yếu tố khác như lao thận, viêm đài bể thận mãn tính, thận ứ mủ, lạm dụng thuốc giảm đau (phethidine) thiếu Vitamin A, Xạ trị, nhiễm độc Arsenic, tiền sử tán sỏi qua da [4], hút thuốc lá được ghi nhận ở 60% bệnh nhân SCC[12]

**+ Giới – Tuổi:**

Chưa có 1 sự thống nhất giữa các tác giả về phân bố giới tính trong SCC ở thận, theo Feriyl không có sự khác biệt về giới tính [4] nhưng đối với Singh.v (được Samata trích dẫn) cho rằng nữ cao hơn nam. Trong khi đó, với nghiên cứu của OferNativ và SM Badruza Nam lại nhiều hơn nữ một cách rõ ràng, tỉ lệ tương ứng 3:1 đến 4:1 [7,12]. Ghi nhận qua các thông báo riêng rẽ cũng cho thấy bệnh nhân nam gặp nhiều hơn tương hợp với phân bố giới tính trong ung thư thận như nghiên cứu của N.Mahdavifu [5].

Về lứa tuổi: Các nghiên cứu đều có chung một nhận định SCC của thận thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, trung bình từ 57 - 61 tuổi ( trẻ nhất là 39, lớn nhất là 80) [7,9] hoặc 50 - 70 tuổi [4]. Bệnh nhân của chúng tôi cũng là nam giới - 78 tuổi, tương đồng với các tác giả khác. Tiền sử sỏi thận hoặc viêm nhiễm mãn tính đường tiết niệu trên một bệnh nhân lớn tuổi có thể được coi là yếu tố nguy cơ của SCC .

**+ Lâm sàng :**

Qua các nghiên cứu cho thấy biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân bị SCC thận thường không đặc hiệu. Bệnh nhân có các triệu chứng như sụt cân, đái máu, chán ăn và/ hoặc lơ mơ, đau vùng hông, có khối u ở bụng đặc biệt trong những trường hợp bệnh tiến triển [4,7,10,11]. Ở bệnh nhân chúng tôi, bệnh khởi phát với đái máu và cơn đau quặn thận, sỏi thận, không sờ thấy u trên lâm sàng.

Theo OferNativ đau bụng hay đau hông hay gặp chiếm 59% bệnh nhân, đái máu 41%, các dấu chứng không đặc hiệu (chán ăn và/ hoặc lơ mơ, sụt cân)

chiếm 15% trường hợp, 9% có triệu chứng tiêu hóa, 7% sờ thấy u. Các triệu chứng thể hiện từ vài ngày đến 30 tháng. Xuất hiện trước khi có chẩn đoán SCC 6 tháng 54%, trên 1 năm là 14 %, từ 7 - 12 tháng là 31% [7].

U ở đài bể thận hầu như không sờ thấy trên lâm sàng, tuy nhiên do sự tắc nghẽn đường tiểu dẫn đến sờ thấy “tổn thương” do biểu hiện của thận ứ nước, Biểu hiện này thường gặp ở bệnh nhân u thận hơn là bản thân của u thận thể hiện [12], có tác giả cho rằng SCC của thận có thể phát hiện trong vách nang ứ nước của thận [13]. Qua các thông báo cho thấy u hay gặp ở thận phải nhưng theo nghiên cứu của OferNativ thì u ở thận trái nhiều hơn (26 bệnh nhân) u ở thận phải (20 bệnh nhân) [7].

Bệnh nhân bị SCC thận trong một số trường hợp còn có một mối liên quan đến hội chứng cận ung thư như tăng calci máu, tăng bạch cầu (leukocytosis), tăng tiểu cầu (thrombocytosis), sốt mà không có bằng chứng nhiễm trùng hay di căn xương.

Các tác giả ghi nhận có sự gia tăng Granulocyte colony – stimulating factor và cross – reacting parathyroid hormone like protein hoặc parathormone related peptide (PTHrp) trong huyết thanh bệnh nhân SCC và được cho rằng do sự phản ứng viêm quá nặng nề dẫn đến phóng thích quá mức cytokine trên những bệnh nhân này [2], [3], [4]. Tuy nhiên hội chứng cận ung thư rất ít gặp, chỉ thấy một vài thông báo có đề cập, tỉ lệ xuất hiện 2/46 # 4 % [7]. Ở bệnh nhân chúng tôi không khai thác được các biểu hiện của hội chứng cận ung thư như các tác giả khác mô tả.

Hầu hết các nghiên cứu về SCC thận đều ghi nhận bệnh nhân có liên quan đến tiền sử sỏi thận và sỏi thận. Tỉ lệ chiếm từ 26/28 # 93 % - 100% trường hợp SCC [13]. Mặc dù vẫn có tác giả ghi nhận chỉ 11% bệnh nhân bị SCC có sỏi thận kèm theo [7] nhưng nhiều tác giả vẫn nhấn mạnh sỏi thận vẫn là một trong các yếu tố sinh ung của SCC thận và rất hiếm khi bệnh nhân bị SCC mà không sỏi thận hay viêm nhiễm vùng chậu do xạ trị [11].

Sỏi san hô được cho là hay gặp trong bệnh nhân SCC thận. Tuy nhiên sỏi san hô và hoặc sỏi san hô

## Bệnh viện Trung ương Huế

kết hợp với sỏi trơn (caliceal) chưa hẳn là yếu tố chính có ảnh hưởng đến sự hình thành SCC, trong 26 case SCC thận cho thấy 12/26 trường hợp # 46% bị sỏi Caliceal, 3/26 #12% sỏi san hô đơn thuần, 11/26 # 42% sỏi san hô kèm sỏi Calyceal [13]

Tiền sử sỏi thận hay cơ địa sỏi thận, bất kể loại sỏi thận nào, cần được lưu ý trong việc đánh giá u thận.

SCC thận về chẩn đoán hình ảnh cũng giống như lâm sàng không thể hiện hình ảnh đặc hiệu, nó có thể xuất hiện khối đặc, hình ảnh thận ú nước hoặc vôi hóa [4,10]. Trong trường hợp bệnh nhân chúng tôi với chẩn đoán trên siêu âm và Xquang kết quả ghi nhận sỏi thận và thận ú nước, chỉ khi được làm CT mới phát hiện tổn thương u.

Hình ảnh của sỏi thận trên film Xquang đã được xem như một dấu hiệu để nghĩ đến SCC với biểu hiện “sỏi tách biệt và méo mó (Separating and Distorted Nephroliths)” dấu hiệu u này được tìm thấy trong 39 - 42% trường hợp SCC thận [13].

Chẩn đoán phân biệt SCC bao gồm: Viêm đài bể thận dạng hạt vàng: XGP (Xanthogranulomatous Pyelonephritis) pyonephrosis, Viêm đài bể thận mãn tính. Ung thư tế bào thận có kèm hội chứng cận ung và tình trạng mỡ hóa thay thận (Renal replacement lipomatosis) [2], [4]. Trong đó quan trọng là chẩn đoán phân biệt với XPG, vì có những hình ảnh tương tự như ung thư tế bào thận về mặt Xquang. XPG là một dạng hiếm gặp của Viêm đài bể thận mãn tính liên quan đến cơ địa sỏi nhưng là nguyên nhân hiếm gặp của chuyển sản gai sừng hóa [4] XPG chỉ được xác định bằng chẩn đoán mô bệnh học với hình ảnh đại thực bào ăn mỡ trong mô tổn thương. Bệnh nhân có một mối liên quan đến đài đường typ 2, có tiền sử phẫu thuật đường tiết niệu [2].

Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu và dễ bỏ sót nên chẩn đoán SCC trước mổ thật sự khó khăn và khó có thể thực hiện. Trong 44 năm chỉ chẩn đoán trước mổ được 1 trường hợp [7].

Về đại thể, các thông báo cũng như ghi nhận trên bệnh nhân của chúng tôi, khối u không có hình ảnh đặc trưng về đại thể để chẩn đoán SCC. U thường

thể hiện mật độ chắc, cắt qua u dễ dàng, có chỗ hoại tử, có chỗ thoái hóa nang và xâm lấn vào nhu mô thận, mặt cắt thay đổi lúc vàng nâu/vàng đến xám trắng và đều ghi nhận có sỏi kèm theo, kích thước u thường lớn 3.5 cm trở lên, có thông báo u lớn đến 10 cm [9]. Hầu hết khối u ở giai đoạn pT3, theo phân loại Petersen, 16% U ở giai đoạn A,B. Không có trường hợp nào ở giai đoạn O; 45% ở giai đoạn D (di căn hạch vùng và di căn xa) [7].

Tùy theo sự khu trú của tổn thương trên thận Lee đã chia SCC ra hai nhóm trung tâm và ngoại vi. Đối với nhóm trung tâm, u nằm trong thành phần ống thận thường cho di căn hạch sớm và có tiên lượng xấu. Đối với nhóm ngoại vi u thể hiện ở phần nhu mô thận dày lên, u thường xâm lấn ra mô mỡ xung quanh trước khi di căn hạch [11].

Trong trường hợp của chúng tôi u thuộc nhóm trung tâm và biểu hiện di căn hạch sớm phù hợp với nhận định của nghiên cứu này.

Hình ảnh mô bệnh học vẫn là tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán SCC thận, cấu trúc vi thể của tổn thương u giống như hình ảnh SCC trên các vị trí bất kỳ khác của cơ thể.

Hầu hết SCC thận đều có độ biệt hóa vừa và kém [4,6,10,12], có đến 93% tổn thương ở mức độ grade cao [7]. Và chỉ có một thông báo SCC thận biệt hóa tốt [9] tương tự với kết quả của chúng tôi và tổn thương luôn có biểu hiện xâm lấn vào nhu mô thận.

Có tác giả đề cập đến việc cần chẩn đoán phân biệt SCC xuất phát từ nhu mô thận hay từ đài bể thận (pelvis) khi dựa trên hình ảnh mô học của đài bể thận, trong trường hợp SCC của nhu mô thận thì hình ảnh này bình thường [11]. Tuy nhiên sự khác biệt này không thấy đề cập trong những nghiên cứu và các thông báo được công bố về SCC thận.

Chẩn đoán phân biệt cần đặt ra SCC nguyên phát hay thứ phát, thường được dựa vào lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, mô bệnh học[11]. Bệnh lý sỏi thận nhất là trên bệnh nhân có cơ địa sỏi thận, viêm nhiễm mãn tính đường tiết niệu trên một bệnh nhân lớn tuổi nên được coi là những yếu tố hỗ trợ cho chẩn đoán SCC nguyên phát ở thận, và có hình ảnh chuyển sản gai kèm nghịch sản ở niêm mạc đài bể

thận [11]. Trong trường hợp u thứ phát thì không ghi nhận hình ảnh này, Bệnh nhân chúng tôi đã có biểu hiện này.

Về điều trị: SCC của thận là một bệnh lý hiếm gặp, hiện nay chưa có một hướng dẫn chuẩn mực để điều trị u. Việc cắt thận đơn thuần có thể được áp dụng trong trường hợp u còn khu trú tại thận, tuy nhiên hầu hết SCC thận đều được phát hiện ở giai đoạn tiến triển nên việc điều trị đa mô thức luôn được áp dụng. Cắt thận có hay không có cắt niệu quản, nạo hạch, hóa trị hỗ trợ trên cơ sở cisplatin, xạ trị với tổng liều 56 Gy, 1.8Gy/ ngày [2,3,6,10].

Blacher cho rằng phẫu thuật cắt thận vẫn là phương pháp chuẩn và được lựa chọn đầu tiên ngay cả trong trường hợp bệnh nhân có di căn nhằm: có một đánh giá chính xác về mô bệnh học, để kiểm soát triệu chứng hoặc loại bỏ nguồn nhiễm trùng [9].

Đáp ứng với điều trị của SCC thận rất kém và tiên lượng xấu, thời gian sống trung bình là 7 tháng sau mổ và tỉ lệ sống thêm 5 năm là 7,7 % [4] hoặc 3,5 tháng trong trường hợp di căn lan tỏa [3] thời gian sống thêm sau 1 và 2 năm là 33% và 22%, 33/40 # 82.5% tử vong trong vòng 12 tháng, 87% tử vong do u tiến triển [7] Thời gian sống thêm của bệnh nhân có khối u trung tâm ngắn hơn 1 cách có ý nghĩa so với khối u ngoại vi [8] Với kết quả như vậy Ofer cho rằng các mô thức điều trị được áp dụng

không có hiệu quả đến thời gian sống thêm của bệnh nhân SCC thận [7].

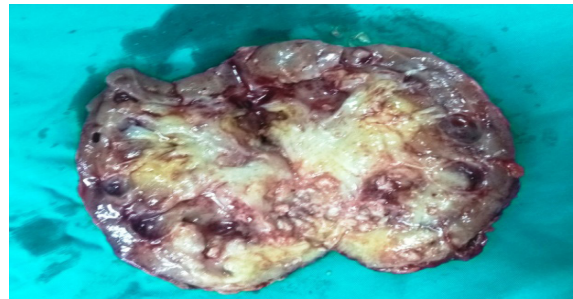
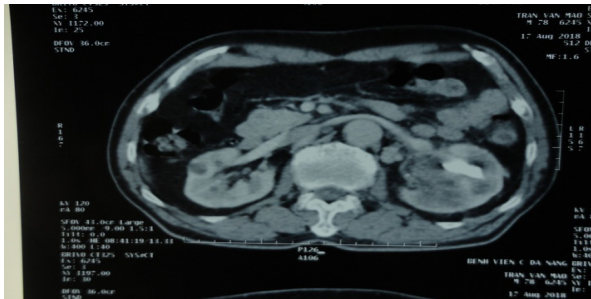
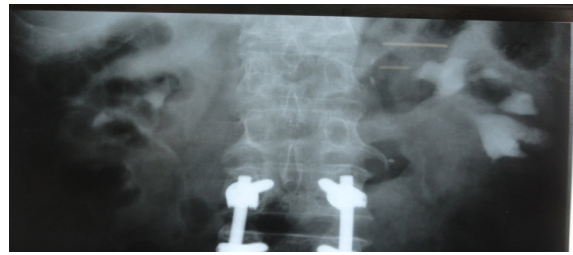
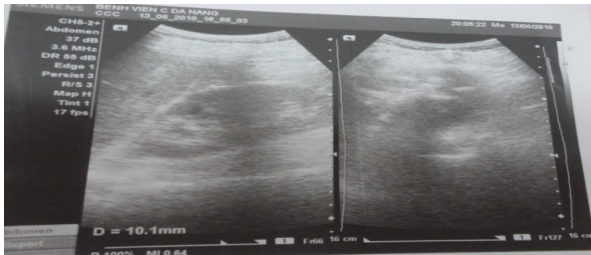
Các vị trí di căn được ghi nhận 26% di căn đến hạch vùng, 20% đến phổi, 15% xương, 4% gan, 4% tuyến thượng thận, tái phát tại chỗ 20% [7].

Ở bệnh nhân của chúng tôi thể hiện một sự tái phát nhanh sau 3 tháng được cắt thận, tử vong sau 4 tháng từ khi có được chẩn đoán mô bệnh học tương hợp với các nhận định trước đó của tác giả khác.

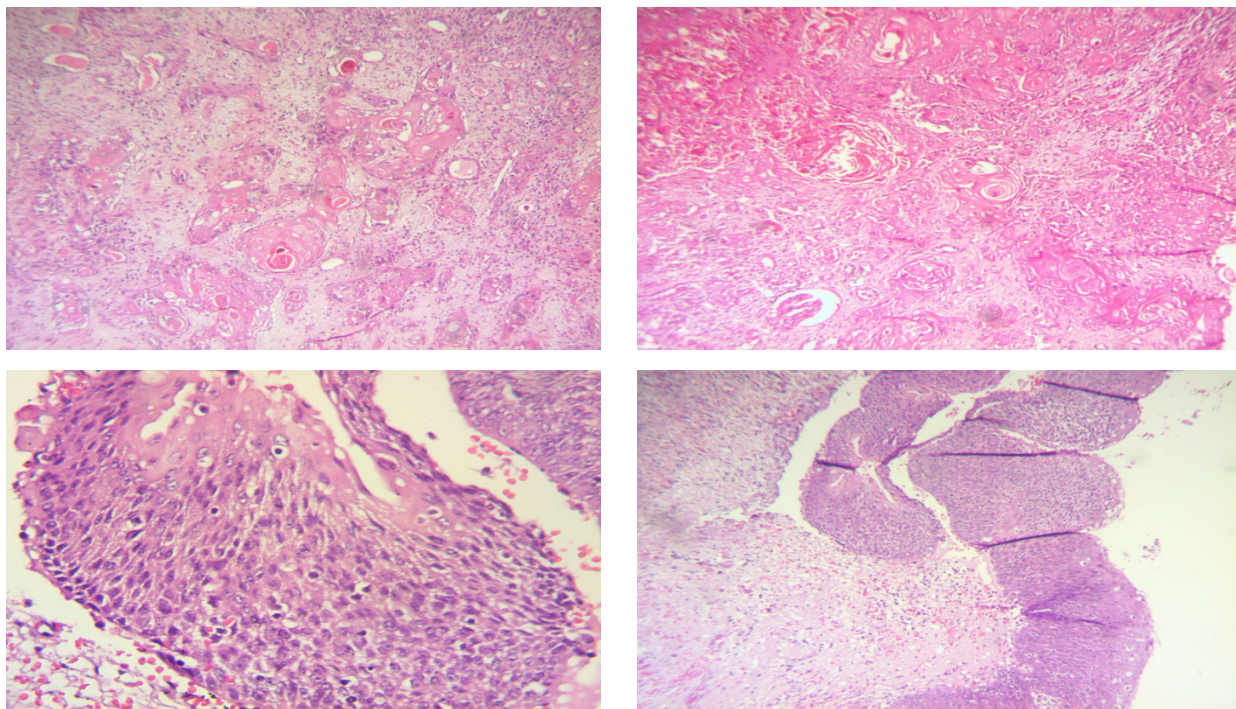
#### IV. KẾT LUẬN

Qua một trường hợp SCC thận trên bệnh nhân nam 78 tuổi được chẩn đoán, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện C Đà Nẵng và hồi cứu y văn cho thấy SCC ở thận là một khối u tiến triển nhanh và hiếm gặp có tiên lượng xấu, ngoài chẩn đoán mô bệnh học sau mổ, hầu như bệnh nhân không có các dấu hiệu và triệu chứng đặc trưng để phát hiện sớm.

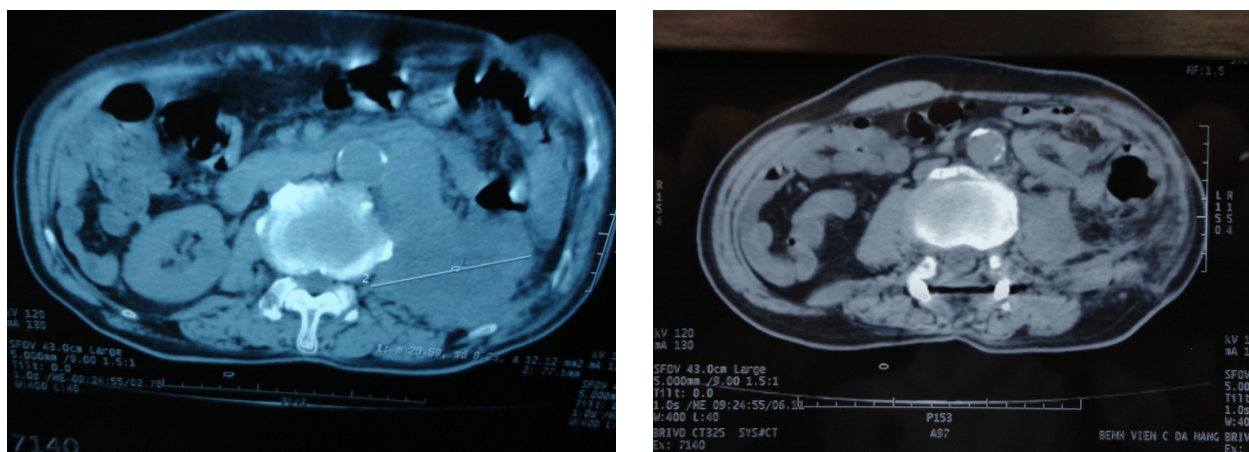
Các bệnh nhân luôn ở giai đoạn tiến triển khi u được chẩn đoán xác định. Khối u có một mối liên quan mạnh mẽ đến sỏi thận và viêm nhiễm mạn tính hệ tiết niệu. Do vậy đối với bệnh nhân lớn tuổi, có cơ địa sỏi thận hoặc tiền sử sỏi thận cần được lưu ý đến tổn thương thận, nên được áp dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao để đánh giá hệ tiết niệu một cách tốt hơn nhằm phát hiện u kịp thời, Chẩn đoán sớm vẫn luôn là chìa khóa để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân SCC.



*Hình 1. Hình ảnh trước mổ*



Hình 2. Hình ảnh vi thể (P18 - 718)



Hình 3. Hình ảnh sau mổ 3 tháng

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Xuân Thành và cs (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư thận tại Bệnh viện Trung Ương Huế - Tạp chí Y học lâm sàng 2018 - số 50: tr 76-79.
2. Cristina J.Palmer et al (2014), Squamous Cell Carcinoma of Renal Pelvis - Urology - [Http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2013.11.020](http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2013.11.020)
3. ElHachem G et al (2017), Renal Squamous Cell Carcinoma: rare and aggressive varriant of renal cancers - cancer biology and therapeutic oncology vol 1, no26 p: 1-4.
4. Feriyl Bhaijce (2012), Squamous Cell Carcinoma of Reanal Pelvis - Ann Diagn Pathol 2012, 16(2): 124-7.
5. N.Mahdavifar et al (2018), Incidence, mortality and risk factor of kidney cancer in world - WCRJ 2018, 5 (1): e 1013.
6. Mehmet Failk Cetindag (2015), Prrimary Renal

## *Ung thư biểu mô tế bào vảy của đài bể thận (RSCC)...*

- Squamous Cell: a case report - Turk onkoloji Pergis 2015, 30(2): 74-77.
7. Ofer NatiV et al (1991), Treatment of Primary Squamous cell carcinoma of the report urinary tract- cancer 1991 - 68: 2575-8.
  8. P.Karu et al (2009), Primary Squamous cell carcinoma of kidney - A case report and review of literature - The Internet Journal of Nephrology 6 (1).
  9. Samanta Dr et al (2015), Primary squamous cell carcinoma of kidney: Report of two case - Int J Med Res Health Sci: 2018 4(4): 916 - 918.
  10. Sanjay Kuma et al (2016), Primary squamous cell carcinoma of kidney. Associated with large calculus in Non-functioning kidney: A case report - Urology case reports 8 (2016) pp 4-6.
  11. Scenil H.Lanjewar (2015), Primary squamous all carcinoma of kidney: a case report – int. Surg.J.2015.Feb,2(1): pp 82-84.
  12. SM Badrudoza (2012), Primary renal squamous cell carcinoma - AKMMC 2012,3(2): pp 34-36.
  13. Tze - Yu Lee (2003), Separating and Distorted Nephroliths “Signs of Renal Squamous cell Carcinoma” - Chin.J.Radiol 2003,28: pp 203-208.