

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG NIỆU TRÊN Ở BỆNH NHÂN SỎI THẬN CÙNG BÊN

Đào Văn Nhật^{1}, Nguyễn Đình Dương¹*

Nguyễn Xuân Khái², Nguyễn Phú Việt¹

Tóm tắt

Ung thư biểu mô đường niệu trên (UTBMĐNT) là loại ung thư hiếm gặp trong tiết niệu. Nguyên nhân gây bệnh còn chưa rõ ràng, sỏi tiết niệu được chỉ ra là một trong các yếu tố nguy cơ thúc đẩy sự hình thành của các bệnh lý này. Chẩn đoán UTBMĐNT ở bệnh nhân (BN) có sỏi thận cùng bên thường gặp khó khăn do các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư thường bị che lấp bởi các triệu chứng do sỏi gây nên. Chúng tôi trình bày 2 trường hợp mắc UTBMĐNT ở BN có sỏi thận cùng bên để bàn luận thêm về cách thức chẩn đoán và phương pháp điều trị bệnh lý này. 2 trường hợp này đều có các đặc điểm nghi ngờ ung thư trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tiêm thuốc và được chẩn đoán xác định trong quá trình mổ mở lấy sỏi.

Từ khóa: Ung thư biểu mô đường niệu trên; Sỏi tiết niệu; Sinh thiết tức thì.

A CASE REPORT: UPPER URINARY EPITHELIAL CANCER IN PATIENTS WITH IPSILATERAL KIDNEY STONES

Abstract

Upper urinary epithelial cancer is a rare type of cancer in the urology. The cause of the disease is still unclear; urinary stones are pointed out as one of the risk factors promoting the formation of these cancers. Diagnosis of this disease is often difficult because clinical symptoms and imaging are often obscured by symptoms caused by urinary stones. We present 2 cases of upper tract urothelial carcinoma

¹Bộ môn - Khoa Tiết niệu, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bộ môn - Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Đào Văn Nhật (bsnhatb7103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 11/7/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 01/10/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i9.907>

in patients with ipsilateral kidney stones to further discuss the diagnosis and appropriate treatment methods. These 2 cases both had features suspicious for renal pelvis cancer on computed tomography scans and were confirmed during open surgery.

Keywords: Upper urinary epithelial cancer; Kidney stones; Frozen section.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đường niệu trên là loại ung thư phát sinh từ lớp niêm mạc của đài bể thận và niệu quản. Đây là ung thư hiếm gặp, chỉ chiếm từ 5 - 10% trong ung thư tiết niệu. Cũng giống như các loại ung thư khác, UTBMĐNT có nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng, một số yếu tố nguy cơ được chỉ ra là hút thuốc lá, phơi nhiễm với aristolochic acid [1]. Ngoài ra, trong một số nghiên cứu, các tác giả bắt gặp tỷ lệ bệnh lý này tăng lên ở những BN có sỏi tiết niệu cùng bên, Chin-Chung Yeh nghiên cứu 47 BN cắt thận mất chức năng do sỏi có 17/24 BN mắc ung thư biểu mô đường niệu [5]. Các tác giả này lý giải kích thích mạn tính và nhiễm khuẩn do sỏi đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành các ung thư này.

Chẩn đoán UTBMĐNT dựa vào triệu chứng đái máu tái diễn và dấu hiệu dày thành niêm mạc niệu quản hoặc các khối u sùi từ tổ chức niêm mạc đài bể thận trên CLVT hệ tiết niệu có tiêm thuốc hoặc phim cộng hưởng từ [3]. Tuy nhiên, trong trường hợp UTBMĐNT ở BN có sỏi thận cùng bên, việc xác định đái máu do sỏi hay do u hoặc các biểu hiện dày thành niêm mạc bể thận niệu quản là tổn thương u hay do viêm mạn

tính lâu ngày gây ra là rất khó. Điều đó làm cho việc chẩn đoán ung thư biểu mô đường niệu ở BN sỏi tiết niệu là một thách thức và thực tế thì đa phần bệnh lý này thường không được chẩn đoán trước mổ mà được chẩn đoán trong mổ lấy sỏi có sinh thiết tức thì tổ chức niêm mạc đài bể thận.

Từ tháng 8/2023 - 5/2024 tại Khoa Tiết Niệu, Bệnh viện Quân y 103 đã phát hiện 2 trường hợp mắc UTBMĐNT ở cùng bên với sỏi thận. 2 trường hợp này được chẩn đoán nghi ngờ trước mổ dựa vào các đặc điểm trên phim chụp CLVT hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang và chẩn đoán xác định trong mổ nhờ sinh thiết tức thì. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: Bàn luận về cách thức chuẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị ở BN UTBMĐNT có kèm sỏi thận cùng bên.

GIỚI THIỆU CA BỆNH

1. Bệnh án 1

BN Trịnh Văn T, 45 tuổi, số bệnh án 23B07001679 vào viện ngày 18/9/2023.

Lý do vào viện: Sốt, đau thắt lưng P sau mổ mở sỏi thận P tháng thứ 3.

Bệnh sử: 3 tháng trước được mổ lấy sỏi thận P, đặt JJ niệu quản P tại một bệnh viện tỉnh. Sau rút JJ, BN xuất hiện sốt kèm đau thắt lưng P được chỉ định

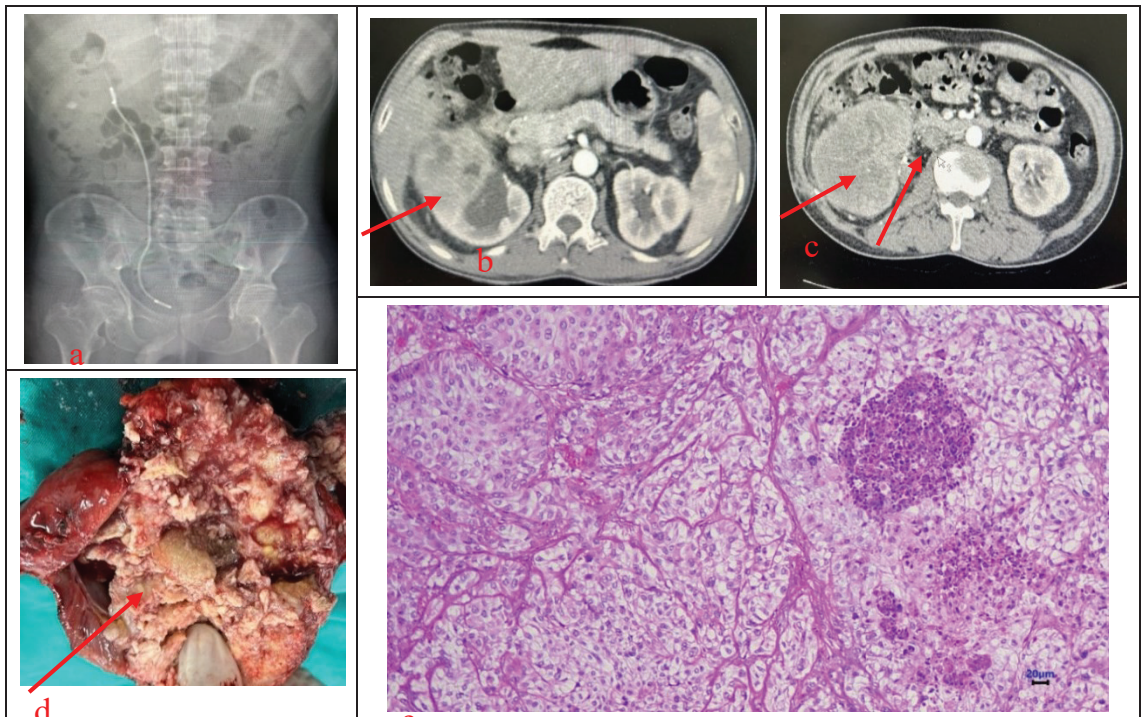
nội soi đặt JJ niệu quản P, dùng kháng sinh, tuy nhiên tình trạng bệnh không đỡ.

BN nhập Bệnh viện Quân y 103 trong tình trạng sốt cao 39,5°C; đau căng tức vùng thắt lưng P; dấu hiệu rung thận P dương tính, các xét nghiệm có bạch cầu máu 25,6 G/L, CRP 130; cấy khuẩn máu và cấy khuẩn niệu âm tính; chụp CLVT hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang ngày 26/9 phát hiện thận P kích thước lớn, xung quanh thâm nhiễm mỡ, JJ niệu quản P đúng vị trí, còn mảnh sỏi thận P nhỏ.

Chẩn đoán lúc đầu: Viêm bể thận P theo dõi thận P ứ mủ/đã mổ sỏi thận P

cách 3 tháng, còn JJ niệu quản P, còn sỏi đài thận P.

BN được tiếp tục dùng kháng sinh. Sau 3 ngày, tình trạng đau căng tức thận P và sốt không đỡ, BN được chỉ định chụp lại CLVT hệ tiết niệu, kết quả: Nhu mô thận P có khối tổn thương 77 x 90mm, tỷ trọng không đồng nhất thì trước tiêm, sau tiêm ngấm thuốc không đều, trung tâm ngấm thuốc kém, khối đẩy lùi bao thận chưa rõ có phá vỡ bao thận, nghi có lan vào đài bể thận, niệu quản 1/3 trên thành dày, xung quanh có vài hạch kích thước 22 x 24mm, còn sỏi thận P, còn JJ niệu quản P.



Hình 1. BN Trịnh V T, 45 tuổi, ung thư biểu mô bể thận P.

- a: JJ niệu quản phải, sỏi thận P. b, c: CLVT hệ tiết niệu thấy khối tăng tỷ trọng chiếm hầu hết toàn bộ cực dưới thận P, hạch quanh động - tĩnh mạch thận P. d: Hình ảnh đại thể sau khi cắt thận P. e: GPBL thấy ung thư biểu mô đường niệu xâm nhập độ cao (HEx200).*

BN được chẩn đoán: Thận P ứ mủ, chưa loại trừ UTBMĐNT/mở sỏi thận P tháng thứ 3 còn JJ niệu quản P, sỏi thận P nhỏ. BN được dự kiến mổ dẫn lưu thận P, cắt thận P khi có chỉ định.

Trong quá trình phẫu thuật, do thận đã mổ 3 tháng trước, nên thận cùng với lớp mỡ quanh thận dính thành một khối kích thước lớn, cứng chắc, chiếm trọn toàn bộ vùng hố thắt lưng bên P, việc bóc tách thận P khỏi hố thắt lưng rất khó khăn. Chúng tôi quyết định mở vào phần nhu mô đài dưới để kiểm tra, khi cắt, chúng tôi nhận thấy nhu mô thận rất cứng, phần nhu mô cực dưới gần như không có tưới máu, tổ chức nhu mô thận xen kẽ với các ổ mủ kích thước nhỏ và tổ chức niêm mạc đài thận trắng bột, cứng chắc, khả năng là tổ chức ác tính. Chúng tôi đã lấy phần tổ chức này làm sinh thiết tức thì. Kết quả: Ung thư biểu mô đường niệu. Sau khi có kết quả sinh thiết là ung thư, chúng tôi quyết định cắt thận P. Do thận dính cứng nên chúng tôi không cắt được thận P như trong phẫu thuật ung thư. Chúng tôi cắt rời từng phần thận làm rộng phẫu trường để tiếp cận được đến vùng rốn thận, kẹp cắt cuống thận và cắt rời thận làm giải phẫu bệnh lý (GPBL). Chúng tôi cũng không

nao được tổ chức hạch quanh động - tĩnh mạch thận do vùng này cũng đã dính thành một khối.

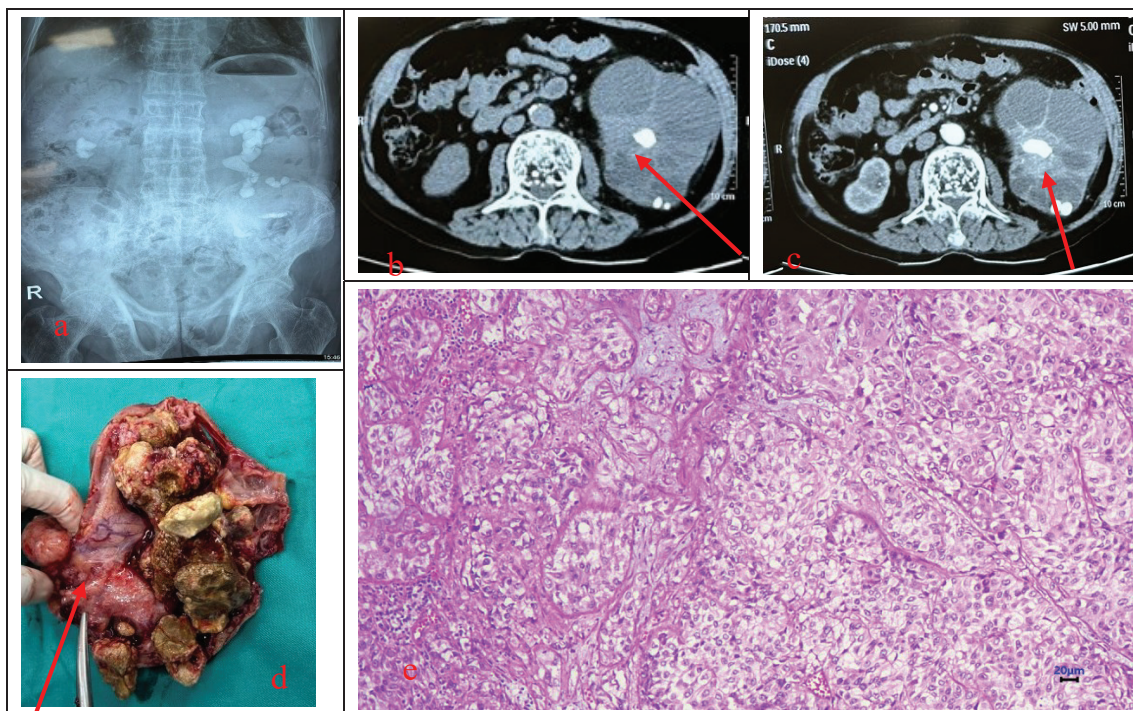
Sau mổ, kết quả GPBL: Ung thư biểu mô đường niệu tại thận có dị sản vảy sừng hoá độ II. BN sau mổ diễn biến ổn định, hết đau căng tức thắt lưng P, hết sốt. BN sau đó được khám và điều trị tại chuyên khoa ung bướu.

2. Bệnh án 2

BN Nguyễn V Đ, 82 tuổi, số bệnh án 24B07000790, vào viện ngày 15/5/2024.

Lý do vào viện: Đau tức thắt lưng T.

Bệnh sử: BN đã được phát hiện có sỏi thận từ nhiều năm trước, tự điều trị ở nhà bằng kim tiền thảo. Gần đây, cảm giác đau tức nặng vùng thắt lưng T, không sốt, khám tại Bệnh viện Bạch Mai, được chụp CLVT hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang thấy thận T to, ứ nước thận T, dịch đài bể thận không trong, sỏi san hô đài bể thận T, nhu mô 1/2 dưới thận T ngấm thuốc không đều (theo dõi u đường bài xuất/ lao). Sỏi thận 2 bên. BN được chẩn đoán: Sỏi thận 2 bên, bên T sỏi san hô, thận T giãn ứ nước độ IV theo dõi ứ mủ, theo dõi u biểu mô đường niệu thận trái, sỏi đài thận P.



Hình 2. BN Nguyễn Văn Đ: Ung thư biểu mô bể thận T.

a: Sỏi san hô thận T. b, c: CLVT hệ tiết niệu thấy niêm mạc đài bể thận bao quanh viên sỏi dày lên, ngấm thuốc không đồng nhất. d: Hình ảnh đại thể sau khi cắt thận T thấy tổ chức u sùi từ niêm mạc bể thận đài dưới, sỏi san hô thận T. e: GPBL thấy ung thư biểu mô đường niệu xâm nhập độ cao (HEx200).

BN được phẫu thuật: Mở mở lấy sỏi, thăm dò tổn thương đài bể thận T dự kiến cắt thận khi có chỉ định. Trong quá trình phẫu thuật, bộc lộ thận T thấy thận T giãn to, nhu mô thận giãn mỏng, mở phần nhu mô mỏng nhất ở đài trên thấy dịch trong đài bể thận là dịch mủ, hút bỏ hết phần dịch mủ này làm nhỏ kích thước của thận. Mở phần nhu mô đài dưới, lấy một phần bệnh phẩm từ khối sùi niêm mạc đài dưới làm sinh thiết tức thì, kết quả: Ung thư biểu mô đường niệu. Sau khi có kết quả sinh thiết là ung thư, chúng tôi tiến hành cắt thận và niệu

quản ở BN này. Kết quả GPBL của thận sau mổ: Ung thư biểu mô đường niệu biệt hoá vảy, diện cắt niệu quản không có tế bào ác tính.

BN sau mổ diễn biến ổn định, vết mổ khô. BN được hẹn tái khám điều trị tại chuyên khoa ung bướu.

3. Đạo đức nghiên cứu

Bài báo trình bày theo phương pháp mô tả ca bệnh, nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của BN. Thông tin của BN được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Quy

trình phẫu thuật tuân thủ theo các quy định của bệnh viện. Số liệu trong nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

BÀN LUẬN

Chẩn đoán UTBMĐNT (thận, niệu quản) thường khó khăn, chủ yếu dựa vào các dấu hiệu nghi ngờ trên phim chụp CLVT: Các tổn thương ở đài bể thận dạng khối có ngấm thuốc cản quang, tỷ trọng kém hơn nhu mô thận, xuất phát từ lớp niêm mạc đài bể thận, gần như không làm thay đổi bao thận, đôi khi có thể thấy được hình ảnh các vết vôi hoá nhỏ nằm ngay trên bề mặt của các tổn thương dạng nhú này; dấu hiệu dày thành niệu quản [3]. Khi các hình ảnh trên CLVT không rõ ràng, nội soi thận và niệu quản có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán. Vai trò của sinh thiết trong nội soi còn nhiều ý kiến bàn cãi: Hội Niệu khoa châu Âu không ủng hộ sinh thiết, trong khi theo Hội Niệu khoa Hoa Kỳ, sinh thiết có vai trò quan trọng trong chẩn đoán [4]. Về điều trị, phẫu thuật cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang được coi là phẫu thuật chuẩn đối với ung thư biểu mô đường niệu; phẫu thuật bảo tồn thận được đặt ra khi BN có 1 thận, BN mắc ung thư ở cả 2 thận, BN tuổi cao với bệnh phối hợp nặng nề không đảm bảo cho phẫu thuật cắt thận, niệu quản và chóp bàng quang [3]. Các phương pháp

phẫu thuật bảo tồn thận gồm: Cắt đoạn niệu quản có u, khi khối u ở đoạn niệu quản 1/3 trên hoặc 1/3 giữa, khối u < 2cm, sau mổ BN phải tuân thủ điều trị và theo dõi.

Việc chẩn đoán UTBMĐNT ở BN có sỏi thận cùng bên càng khó khăn hơn. Dấu hiệu đài máu trong UTBMĐNT cũng có thể do xuất phát từ chảy máu niêm mạc đài bể thận do quá trình cọ xát niêm mạc của viên sỏi gây ra, hơn nữa, sỏi thận niệu quản thường gây bí tắc đường niệu trên nên triệu chứng đài máu thường bị che lấp. Về chẩn đoán hình ảnh, dấu hiệu dày thành niệu quản hay niêm mạc đài bể thận thường khó nhận biết ở BN thông thường, trên BN có sỏi tiết niệu, do quá trình tắc nghẽn lâu ngày của viên sỏi gây ra nên thường niêm mạc của đài bể thận và niệu quản dày lên và khó phân biệt với các tổn thương do u. Trường hợp đầu tiên gây khó khăn cho chẩn đoán hơn do BN đã được mổ sỏi thận cách đó 3 tháng trước nên ban đầu, các hình ảnh trên phim CLVT khiến chúng tôi hướng đến tổn thương viêm thận - bể thận theo dõi thận ứ mủ, tuy nhiên, diễn biến lâm sàng không cải thiện khi dùng kháng sinh và chọc hút bể thận không ra mủ nên chúng tôi đã cho BN chụp lại MSCT (multislice computed tomography - chụp cắt lớp vi tính đa dãy) thấy 1 tổn thương dạng khối ngấm thuốc kém, nghi ngờ lan vào bể thận kèm theo hình ảnh dày thành của niệu quản 1/3 trên, hạch quanh động - tĩnh mạch thận.

Các đặc điểm này phù hợp hướng đến tổn thương ác tính xuất phát từ đài bể thận P và hoàn toàn phù hợp với kết quả sinh thiết tức thì và GPBL sau mổ là ung thư biểu mô đường niệu tại thận có di sản vảy sừng hoá độ II. Tương tự ở trường hợp thứ 2, chúng tôi chẩn đoán theo dõi UTBMĐNT dựa vào các đặc điểm nghi ngờ trên phim chụp CLVT: Tổn thương dạng khối ở 1/2 dưới của thận T ngấm thuốc không đều. Kết quả sinh thiết tức thì và GPBL sau mổ của BN hoàn toàn trùng khớp với sự nghi ngờ ung thư biểu mô đường niệu xâm nhập độ II.

Về điều trị, việc lựa chọn phương pháp can thiệp ở các BN nghi ngờ UTBMĐNT ở BN sỏi tiết niệu cùng bên vừa giúp ích trong chẩn đoán xác định vừa có vai trò quyết định phương pháp điều trị tiếp theo. Hoàng Long báo cáo 2 trường hợp sỏi thận có hình ảnh nghi ngờ ung thư biểu mô đường niệu đã lựa chọn phương pháp nội soi tán sỏi thận qua da, sau khi tán sỏi đã bộc lộ vùng niêm mạc bể thận nghi ngờ để lấy sinh thiết và cắt thận niệu quản sau khi có kết quả GPBL là ung thư biểu mô đường niệu [2]. Một số tác giả khác lại khuyến khích việc lựa chọn mổ mở ở các bệnh nhân này, các tác giả này cho rằng, việc lựa chọn mổ mở giúp quan sát đánh giá chính xác tổn thương nghi ngờ của đài bể thận, kết hợp với sinh thiết tức thì trong mổ, nếu kết quả ung thư, BN sẽ được cắt thận và niệu quản ngay mà không cần đợi giải phẫu bệnh sau mổ

[6]. 2 trường hợp của chúng tôi đều được lựa chọn mổ mở thăm dò tổn thương, kết hợp với sinh thiết tức thì trong mổ. Chúng tôi lựa chọn mổ mở vì trường hợp đầu tiên, BN đã được mổ mở lấy sỏi thận cách 3 tháng trước, tổn thương ác tính nếu có cũng đã ở giai đoạn muộn; trường hợp thứ 2 là thận ứ mủ do sỏi san hô thận chống chỉ định với lựa chọn tán sỏi thận qua da. Sau khi mổ mở thăm dò kết hợp với sinh thiết tức thì cho kết quả ung thư biểu mô đường niệu, chúng tôi đã cắt thận và niệu quản ở cả 2 trường hợp này; tuy nhiên, ở trường hợp BN đã mổ mở sỏi thận cách 3 tháng trước do thận viêm dính, hơn nữa, ung thư đã ở giai đoạn muộn nên chúng tôi không cắt được thận cùng với niệu quản thành một khối kèm theo nạo hạch như trong phẫu thuật ung thư mà chỉ cắt rời được từng phần của thận và không nạo hạch. Trường hợp này ở giai đoạn muộn nên có tiên lượng xấu hơn trường hợp thứ 2.

Sỏi tiết niệu là một yếu tố nguy cơ thúc đẩy sự hình thành và phát triển của các UTBMĐNT. Các lý giải được đưa ra: Các kích thích và nhiễm trùng mạn tính do sỏi là nguyên nhân làm cho các tế bào biểu mô đường niệu thay đổi, tăng sinh và dễ bị biến đổi thành ung thư [7]. Wong Ho Chow nghiên cứu trên 61.144 BN sỏi tiết niệu trong 25 năm phát hiện có 60,6% BN UTBMĐNT ở cùng bên với sỏi thận [7]. Ozdamar và CS nhận thấy sự biến đổi về mặt đại thể

của lớp niêm mạc đài bể thận quanh vị trí sỏi trong quá trình tán sỏi nội soi, từ đó, khuyến cáo việc thường xuyên thực hiện sinh thiết trong quá trình phẫu thuật sỏi [8].

KẾT LUẬN

Chẩn đoán UTBMĐNT ở các BN sỏi thận cùng bên thường gặp khó khăn do các dấu hiệu lâm sàng của ung thư bị che lấp bởi các triệu chứng do sỏi thận gây tắc nghẽn lâu ngày gây ra. Chẩn đoán trước mổ dựa chủ yếu vào các tổn thương nghi ngờ trên phim chụp CLVT có tiêm thuốc. Các trường hợp này sẽ được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả sinh thiết tức thì trong mổ lấy sỏi trong quá trình tán sỏi thận qua da. Do đó, chúng tôi khuyến cáo với các BN có các dấu hiệu nghi ngờ trên phim chụp CLVT cần được làm sinh thiết trong quá trình can thiệp sỏi để xác định phương pháp điều trị tiếp theo, tránh việc bỏ sót tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bửu Triều, U đường tiết niệu trên. Bệnh học tiết niệu. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2007; 35-41.

2. Hoàng Long, Đỗ Thị Thu Hiền, Chu Văn Lâm. Điều trị phẫu thuật ung thư bài xuất tiết niệu trên ở bệnh nhân sỏi thận tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhân 2 trường hợp lâm sàng. *Tạp chí nghiên cứu y học*. 2020; 134(10):49-55.

3. Morgan Rouprêt et al. European association of urology guidelines on upper urinary tract urothelial carcinoma. 2023.

4. James C Brien et al. Preoperative hydronephrosis, ureteroscopic biopsy grade and urinary cytology can improve prediction of advanced upper tract urothelial carcinoma. *J Urol*. 2010; 184(69).

5. Chin - Chung Yeh, Tien - Huang Lin, Hsi - Chin Wu. A high association of upper urinary tract transitional cell carcinoma with nonfunctioning kidney caused by stone disease in taiwan urologia international. *Urol Int*. 2007; 79(19 - 23).

6. Byeong kuk Ham, Jin wook Kim, Jong hyun Yoon, Mimi Oh, Jae hyun Bae, Hong suk Park & Du geon Moon. Squamous cell carcinoma must be considered in patients with long standing upper ureteral stone and pyonephrosis. *Urol Res*. 2012; 40(4):425-8.

7. Wong-Ho Chow, Gloria Gridley, Martha S Linet, Gene A. Pennello, Joseph F Fraumeni Jr, Per Lindblad, Olof Nyren, Joseph K. McLaughlin, Hans-Olov Adami. Risk of urinary tract cancers following kidney or ureter stones. *J Natl Cancer Ins*. 1997; 89:1453-1457.

8. A S Ozdamar, C Ozkürkcügil, Y Gültekin, A Gökalp. Should we get routine urothelial biopsies in every stone surgery. *Int Urol Nephrol*. 1997; 29:415-420.