

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VỎY NGUYÊN PHÁT Ở THẬN: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Xuân Toàn^{1*}, Lê Trung Trực¹, Trần Trọng Nhân²,

TÓM TẮT

Nguyễn Ngọc Sơn¹, Tô Quốc Hân², Phan Đỗ Thanh Trúc¹, Trần Trọng Lễ¹

Mở đầu: Ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous cell carcinoma – SCC) nguyên phát ở thận là một ung thư đặc biệt hiếm gặp, thường liên quan đến tình trạng sỏi thận lâu năm, ứ nước thận kéo dài hoặc viêm mạn của lớp niệu mạc. Do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu, bệnh thường được chẩn đoán muộn và dễ nhầm với các khối u nguyên phát khác của thận..

Phương pháp: Báo cáo ca lâm sàng kết hợp hồi cứu y văn

Kết quả: Bệnh nhân nam 70 tuổi nhập viện vì đau hông lưng phải âm ỉ kèm sốt nhẹ về chiều. Chụp cắt lớp vi tính ghi nhận thận phải ứ nước độ III, sỏi bể thận kích thước lớn và khối choán chỗ tại 1/3 dưới thận nghi ung thư tế bào thận. Bệnh nhân được chỉ định cắt thận phải tận gốc. Giải phẫu bệnh xác định ung thư biểu mô tế bào vảy nguyên phát của thận, không ghi nhận di căn hạch. Diễn tiến hậu phẫu ổn định, không phát hiện tái phát sớm trên MsCT sau mổ 1 tháng.

Kết luận: SCC nguyên phát của thận cần được cân nhắc trong các trường hợp bệnh nhân có sỏi thận lớn, ứ nước kéo dài kèm khối u thận. Chẩn đoán trước mổ rất khó khăn do triệu chứng và hình ảnh học không điển hình. Điều trị chủ yếu là cắt thận triệt căn; vai trò của hoá trị và xạ trị vẫn còn hạn chế. Do đó, lĩnh vực y khoa cần thêm dữ liệu để tối ưu hoá chẩn đoán và xử trí.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vảy thận; Sỏi thận – ứ nước; Cắt thận triệt căn.

CASE REPORT: PRIMARY SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE KIDNEY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Primary renal squamous cell carcinoma (SCC) is an exceptionally rare malignancy, often associated with chronic inflammation of the urothelium due to nephrolithiasis

1. Bệnh viện Nhân Dân Gia Định
2. Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ: Trần Trọng Nhân

Email: ttnhan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/9/2025

Ngày phản biện: 20/10/2025

Ngày duyệt bài: 25/10/2025

or longstanding hydronephrosis. Its nonspecific clinical and radiological features frequently delay diagnosis.

Methods: Case report and retrospective literature review.

Results: A 70-year-old male presented with dull right flank pain and low-grade fever. Imaging revealed severe hydronephrosis, a large renal pelvic stone, and a heterogeneous renal mass initially suspected to be renal cell carcinoma. The patient underwent radical nephrectomy. Histopathology confirmed primary squamous cell carcinoma of the kidney without lymph node metastasis. Early postoperative follow-up showed no evidence of recurrence.

Conclusion: Renal SCC should be considered in patients with renal masses associated with long-standing stones or hydronephrosis. Diagnosis remains challenging due to nonspecific imaging characteristics. Radical nephrectomy is the mainstay of treatment, while systemic therapies show limited benefit.

Key words: Renal squamous cell carcinoma; Nephrolithiasis–hydronephrosis; Radical nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào vảy nguyên phát ở thận là một bệnh lý cực kỳ hiếm gặp, chiếm khoảng 0,5–0,8% các u ác tính của thận. Tình trạng này thường liên quan chặt chẽ đến các yếu tố gây viêm mạn tính như sỏi thận lớn, ứ nước thận kéo dài hoặc nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, dẫn đến chuyển sản và loạn sản lớp niệu mạc. Do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học không đặc hiệu, SCC thận thường bị chẩn đoán muộn và dễ nhầm với ung thư tế bào thận hoặc ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên. Chúng tôi báo cáo một trường hợp SCC thận được chẩn đoán sau phẫu thuật cắt thận, đồng thời tổng quan y văn nhằm làm rõ các yếu tố nguy cơ và đặc điểm gợi ý chẩn đoán.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 70 tuổi đến khám vì đau tức vùng hông lưng bên phải, kèm theo sốt nhẹ về chiều, không rõ nhiệt độ, không ghi nhận tiểu máu đại thể

Khám lúc vào viện thấy bụng mềm, ấn đau tức hố thắt lưng bên phải, không có dấu hiệu rung thận 2 bên.

- Xét nghiệm:

+ Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu: bạch cầu máu 11,85 K/uL, bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 72,4%, bạch cầu niệu 500, nitrit âm tính
 + Thiếu máu mức độ trung bình: hồng cầu máu 3,25T/L, Hemoglobin 83g/l, Hematocrit 26,7%.

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Chụp cắt lớp vi tính có dựng hình (MsCT) hệ tiết niệu có cản quang: Thận phải ứ nước độ III, sỏi bể thận 33x28mm và vài sỏi các nhóm đài khoảng 9mm, có khối tổn thương 1/3 dưới 58x77x77mm bất thuốc tương phản kém, bên trong có các vùng đậm độ thấp, giới hạn rõ, bờ không đều nghi liên tục với bể thận, không thấy thải thuốc ở thì muộn kèm vài nốt đậm độ vôi bên trong 4mm, lan ra khoang cạnh thận sau, dày phúc mạc thành bụng sau tương ứng, vài hạch cạnh tĩnh mạch thận phải, thâm nhiễm mỡ khoang quanh thận; Thận trái và các cơ quan khác không phát hiện gì bất thường.



Hình 1: Hình chụp cắt lớp mặt phẳng ngang (bên trái) và mặt phẳng trán (bên phải) cho thấy tình trạng thận ứ nước độ III, có sỏi bể thận và các đài thận kèm tổn thương choáng chỗ cực dưới, bất thuốc tương phản kém, không rõ giới hạn với bể thận

+ MsCT lồng ngực: tổn thương mạn tính thùy trên hai phổi, không thấy hạch trung thất.

- **Chẩn đoán trước mổ:** Nhiễm khuẩn niệu do sỏi thận phải, bướu thận phải nghi RCC.

- Bệnh nhân được chỉ định mổ cắt thận triệt căn kèm nạo hạch.

- Trình tự phẫu thuật:

Bệnh nhân được gây mê toàn thân qua nội khí quản, tư thế nghiêng trái

Rạch da đường sườn thất lưng phải

Khoang sau phúc mạc không thấy nhân di căn.

Thận phải: cực trên dính bờ dưới gan, mặt trước dính phúc mạc, mặt sau dính cơ Psoas.

Bộc lộ cuống mạch thận phải, thấy có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch thận. Quanh động mạch thận có 2 hạch chưa rõ bản chất

Tiến hành: Phẫu tích, thắt và cắt niệu quản phải, động mạch, tĩnh mạch thận phải. Gỡ dính, lấy trọn thận phải, mỡ quanh thận và 2 hạch cạnh động mạch thận gửi giải phẫu bệnh.

Kiểm tra cầm máu kỹ, lau rửa sạch, đặt dẫn lưu hố thận phải.

Đóng bụng từng lớp theo giải phẫu.

Tổng lượng máu mất trong mổ khoảng 300ml.



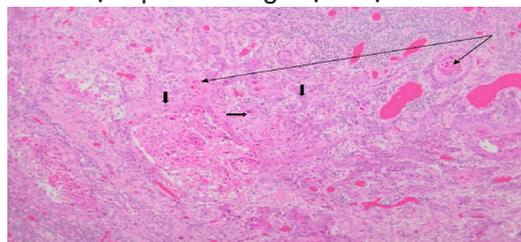
Hình 2: Hình ảnh thận phải (bên trái) và hạch rốn thận (bên phải) cho thấy tổn thương cực dưới, mặt cắt bướu có màu xám nhạt, mô bướu đặc, mật độ bờ, liên thông trực tiếp vào hệ thống đài bể thận, thận ứ nước nhiều, chủ mô mỏng, có sỏi trong bể thận và các đài thận

- Theo dõi hậu phẫu: Bệnh nhân được xuất viện sau mổ 4 ngày.

- **Kết quả giải phẫu bệnh:** Carcinoma tế bào vảy, Grade 2, xâm lấn nhu mô thận

Không di căn trên 2 hạch khảo sát

Bờ cắt niệu quản không hiện diện ác tính



Hình 3: Hình ảnh các cầu keratin trong bướu, điển hình của carcinoma tế bào vảy

- Theo dõi sau mổ 1 tháng:

Bệnh nhân ổn định, vết mổ liền tốt

MsCT ổ bụng kiểm tra: Không thấy tụ dịch, không phát hiện nhân di căn bất thường.

IV. BÀN LUẬN

Carcinoma tế bào gai (Squamous cell carcinoma – SCC) nguyên phát ở thận là một khối u đặc biệt hiếm gặp, chủ yếu liên quan đến tình trạng viêm mạn tính kéo dài của lớp niệu mạc [1], bao gồm cả u từ bể thận và từ nhu mô. Trong đó, SCC bể thận chiếm tỉ lệ cao hơn và ngày càng có nhiều báo cáo các ca bệnh thuộc nhóm này [2]. Hiện nay, SCC bể thận được xem là tình trạng chuyển sản lớp niệu mạc [3-5]. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh bao gồm sỏi thận lâu năm, ứ nước thận kéo dài, viêm thận bể thận mạn tính...[6-9]. Một số yếu tố nguy cơ khác cũng được xem xét bao gồm tiếp xúc hoá chất, mất cân bằng hormon, thiếu vitamin A, phản ứng viêm mạn tính sau ghép thận [9].

3.1. Về chẩn đoán SCC

Bệnh khởi phát âm thầm, thường bị che lấp bởi tình trạng ứ nước thận, sỏi thận hoặc viêm bể thận nên dễ bị bỏ sót. Ở trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân nhập viện với triệu chứng đau tức thắt lưng bên phải kèm sốt nhẹ về chiều. Khám lâm sàng chỉ ghi nhận ấn tức hố thắt lưng phải, không có dấu hiệu rung thận. Theo ghi nhận từ nhiều báo cáo, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của SCC là đau thắt lưng cùng bên, tiểu máu, sốt, chán ăn và sụt cân [8, 10]. Trên thực tế, đây cũng là biểu hiện của hầu hết các bệnh lý ác tính ở thận. Siêu âm ổ bụng chỉ cho phép đánh giá tình trạng ứ nước thận. Trong khi đó, chụp cắt lớp vi tính là một công cụ quan trọng, cung cấp hình ảnh về khối u cũng như giai đoạn bệnh [8]. Tuy vậy, các hình ảnh này là không đặc hiệu, và cùng với triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, việc chẩn đoán bản chất của khối u trước mổ đa số là không chính xác [11]. Nhìn chung, so với các khối u khác ở thận, SCC thường được chẩn đoán muộn hơn [12].

Theo các thống kê trên loạt ca bệnh được chẩn đoán SCC của Singh (5 ca) và Shah (14 ca) thì tỉ lệ có tiền sử hoặc đang bị sỏi thận lần lượt là 60% và 64,3% [11, 13]. Do đó, dù hiếm gặp, SCC nên được nghĩ tới trong trường hợp bệnh nhân có sỏi thận kèm ứ nước thận kéo dài, nhu mô dày mỏng và ngấm thuốc không đều trên phim CT [11]. Bệnh nhân của chúng tôi không đi khám bệnh định kỳ nên chưa ghi nhận được tiền sử gì bất thường. Tuy vậy, căn cứ vào độ lớn viên sỏi, mức độ ứ nước thận cũng như hình ảnh khối u trên phim MsCT, rõ ràng SCC là một chẩn đoán phân biệt cần được đặt ra trước mổ.

3.2. Về điều trị SCC

Phẫu thuật là lựa chọn đầu tiên trong điều trị, ngay cả khi đã có di căn [14]. Đối với khối u còn khu trú trong thận, các nghiên cứu đều khuyến cáo cắt thận triệt căn (bao gồm thận, toàn bộ lớp mỡ quanh thận, một phần niệu quản, nạo vét hạch) [8, 15-18]. Katz và cộng sự đề nghị cần cắt thêm toàn bộ niệu quản kèm một phần bàng quang quanh lỗ niệu quản [19]. Trong trường hợp đã di căn, phẫu thuật cắt thận được thực hiện nhằm điều trị triệu chứng, và cung cấp bằng chứng giải phẫu bệnh giúp cho việc chẩn đoán xác định [11].

Ở bệnh nhân này, đánh giá trong mổ thấy bể thận – niệu quản mềm mại, khối u còn khu trú trong thận, chúng tôi quyết định chỉ thực hiện phẫu thuật cắt thận triệt căn, không cắt hết niệu quản và một phần bàng quang như khuyến cáo của Katz. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy diện cắt niệu quản không còn tế bào u, đồng thời 2 hạch cạnh động mạch thận không có dấu hiệu của di căn. Hậu phẫu bệnh nhân ổn định, dẫn lưu ra ít và được rút ngày thứ 3 sau mổ.

SCC thận kém nhạy với hoá trị và xạ trị, nên các phương pháp này thường chỉ được áp dụng trong trường hợp đã có di căn nhằm điều trị triệu chứng và giảm nhẹ. Tuy nhiên, kết quả điều trị còn hạn chế và ảnh hưởng đối với thời gian sống thêm còn chưa rõ ràng [10, 13, 20]. Đối với trường hợp này, trên phim chụp MsCT ổ bụng kiểm tra sau mổ 1 tháng không phát hiện di căn tại chỗ và di căn ổ bụng. Chúng tôi hội chẩn chuyên khoa Ung bướu và quyết định điều trị hoá chất cho bệnh nhân theo phác đồ GC (phối hợp Gemcitabine và Ciplastin) với hi vọng điều trị triệt căn khối u, tăng thời gian sống thêm.

3.3. Về tiên lượng SCC

Tiên lượng của SCC thận không tốt, thời gian sống thêm sau mổ trung bình là 7 tháng, tỉ lệ sống trên 5 năm sau mổ là dưới 10% [20]. Theo thống kê của Shah và cộng sự trên loạt 14 ca bệnh, 42,9% bệnh nhân phát hiện khối tái phát sau 3 tháng, và tỉ lệ sống thêm sau mổ trung bình là 4,5 tháng [20]. Bệnh nhân của chúng tôi được phát hiện ở giai đoạn chưa di căn, mở ra khả năng sống còn lâu hơn. Bệnh nhân hiện vẫn được điều trị hoá chất và hẹn khám lại định kỳ hàng tháng để theo dõi, phát hiện tình trạng tái phát.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào vảy nguyên phát ở thận là loại ung thư đặc biệt hiếm gặp trong số các khối

u ác tính ở thận. Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu. Nên đặt ra chẩn đoán phân biệt SCC trên những bệnh nhân có tiền sử bị sỏi thận, ứ nước thận kéo dài kèm khối u ở thận. Ở giai đoạn khu trú, cắt thận triệt căn là phương pháp điều trị hàng đầu. Hoá trị và xạ trị ít tác dụng. Tiên lượng bệnh không tốt, thời gian sống thêm sau mổ ngắn. Cần có thêm dữ liệu để góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li, M.K. and W.L. Cheung**, Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *J Urol*, 1987. 138(2): p. 269-71.
2. **Liang, K., et al.**, Primary squamous cell carcinoma of renal parenchyma: A case report and literature review. *Front Oncol*, 2023. 13: p. 1037156.
3. **Jiang, P., et al.**, Primary renal squamous cell carcinoma mimicking the renal cyst: a case report and review of the recent literature. *BMC Urology*, 2015. 15(1): p. 69.
4. **Zhang, X., et al.**, Squamous cell carcinoma of the renal parenchyma presenting as hydronephrosis: a case report and review of the recent literature. *BMC Urol*, 2020. 20(1): p. 107.
5. **Bandyopadhyay, R., et al.**, Squamous cell carcinoma of the renal pelvis presenting as hydronephrosis. *J Cancer Res Ther*, 2010. 6(4): p. 537-9.
6. **Shah, S.A.S., et al.**, Squamous Cell Carcinoma of the Kidney: A Large Case Series. *Oncology (Williston Park)*, 2023. 37(6): p. 246-249.
7. **Mizusawa, H., et al.**, Squamous cell carcinoma in the renal pelvis of a horseshoe kidney. *Int J Urol*, 2004. 11(9): p. 782-4.
8. **Singh, V., et al.**, Squamous Cell Carcinoma of the Kidney – Rarity Redefined: Case Series with Review of Literature. *Journal of Cancer Science & Therapy*, 2010. 02.
9. **Mathur, S., et al.**, Incidentally detected squamous cell carcinoma in non-functioning kidney presenting as multi-cystic mass. *J Surg Case Rep*, 2011. 2011(9): p. 8.
10. **Katz, R., et al.**, Urothelial cancer of the renal pelvis in percutaneous nephrolithotomy patients. *Urol Int*, 2005. 75(1): p. 17-20.
11. **Holmäng, S., S.M. Lele, and S.L. Johansson**, Squamous Cell Carcinoma of the Renal Pelvis and Ureter: Incidence, Symptoms, Treatment and Outcome. *The Journal of Urology*, 2007. 178(1): p. 51-56.