

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: UNG THƯ THẬN T1 DI CĂN XA VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Bùi Xuân Nội¹, Đỗ Anh Tuấn¹, Trần Sơn Tùng¹,
Trần Trung Toàn¹, Trần Huy Phan²

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) là một nhóm các khối u biểu mô ác tính của thận, chiếm hơn 90% trong số tất cả các loại ung thư thận. Nhiều nghiên cứu chỉ ra có khoảng 2,3% bệnh nhân RCC có di căn xa được phát hiện đồng thời tại thời điểm chẩn đoán (giai đoạn T1N0M1). Trong đó tỷ lệ và vị trí di căn phụ thuộc đáng kể vào loại mô bệnh học của khối u. Phương pháp điều trị cho nhóm bệnh nhân này là điều trị đa mô thức, bao gồm phẫu thuật cắt thận toàn bộ hoặc bán phần, cắt bỏ khối di căn, xạ trị, nút mạch hoặc điều trị hệ thống như liệu pháp miễn dịch, hóa trị hoặc điều trị với mTOR hoặc TKIs, trong đó phẫu thuật cắt thận là phương pháp điều trị đầu tay. Chúng tôi báo cáo một trường hợp ung thư thận T1N0M1 di căn phổi và xương, đã được điều trị bằng phẫu thuật cắt thận bán phần kèm điều trị hỗ trợ Panzopanib sau mổ. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi hồi cứu lại các phương pháp điều trị trong y văn.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào thận, ung thư thận, RCC, di căn.

SUMMARY

A CASE REPORT OF STAGE T1 RENAL CELL CARCINOMA WITH DISTANT METASTASIS AND LITERATURE REVIEW

Renal cell carcinoma (RCC) is a group of malignant epithelial tumors of the kidney, accounting for more than 90% of all renal cancers. The overall metastasis rate in patients with T1 RCC is 2.3%, with the rate and location of metastasis significantly depending on the histological type of the tumor. The treatment method for this group of patients is multimodal, with total nephrectomy or partial nephrectomy as the first-line treatment. Most patients continue to be treated with methods such as metastasis resection, radiotherapy, embolization, or systemic treatments like immunotherapy, chemotherapy, or treatment with mTOR inhibitors or TKIs. In this article, we report a case of T1N0M1 renal cancer with lung and bone metastases that was treated with partial nephrectomy and postoperative Panzopanib, and has been followed up stably. Through this clinical case, we reviewed the treatment methods in medical literature.

Keywords: renal cell carcinoma, kidney cancer, RCC, metastasis.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Xuân Nội

Email: buixuannoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) là một nhóm các khối u biểu mô ác tính của thận, chiếm hơn 90% trong số tất cả các loại ung thư thận. Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) giai đoạn di căn xa có tiên lượng kém với tỷ lệ sống sót (CSS) 5 năm là 20% hoặc ít hơn¹. Ngược lại, tiên lượng rất tốt đối với những bệnh nhân có khối u không di căn giai đoạn T1 với CSS 5 và 10 năm là khoảng 90%^{1,2}. Nhiều nghiên cứu chỉ ra có khoảng 2,3% bệnh nhân RCC có di căn xa được phát hiện đồng thời tại thời điểm chẩn đoán (giai đoạn T1N0M1). Trong đó tỷ lệ và vị trí di căn phụ thuộc đáng kể vào loại mô bệnh học của khối u, từ 0% ở RCC nang đa ổ đến 36,2% ở RCC sarcomatoid³. Ở các bệnh nhân RCC tế bào sáng, 74,7% có một vị trí di căn đơn độc và vị trí di căn thường gặp nhất là xương (43,8%), tiếp theo là phổi (24,3%), não (3,8%) và gan (2,8%). Bệnh nhân RCC thể nhú chiếm thứ hai trong số các bệnh nhân di căn, 77,8% có một vị trí di căn đơn độc và phổi là vị trí di căn phổ biến nhất (36,1%), tiếp theo là xương (27,8%), gan (9,7%) và não (4,2%)³. Phương pháp điều trị cho nhóm bệnh nhân này là điều trị đa mô thức, bao gồm phẫu thuật cắt thận toàn bộ hoặc bán phần, cắt bỏ khối di căn, xạ trị, nút mạch hoặc điều trị hệ thống như liệu pháp miễn dịch, hóa trị hoặc điều trị với mTOR hoặc TKIs, trong đó phẫu thuật cắt thận là phương pháp điều trị đầu tay^{1,3}. Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp ung thư thận T1N0M1 di căn phổi, xương đã được điều trị phẫu thuật cắt thận bán phần kèm Panzopanib sau mổ và hồi cứu lại y văn.

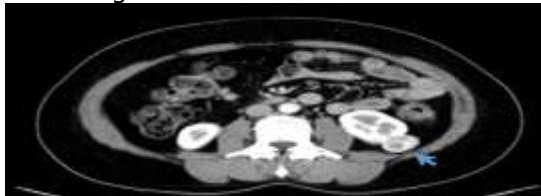
II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 49 tuổi, tiền sử nang tuyến giáp đã phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp năm 2014, tiền sử gia đình không có gì đặc biệt. Bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện u thận trái qua siêu âm ổ bụng. Bệnh nhân không có triệu chứng đau thắt lưng, tiểu máu, sốt hoặc sụt cân. Khám lâm sàng bệnh nhân thể trạng trung bình, cao 158cm, nặng 54kg (BMI 21.6), không có triệu chứng thiếu máu, bụng mềm, không sờ thấy khối, chạm thận (-), hạch ngoại vi không sờ thấy, hội chứng suy giáp (-).

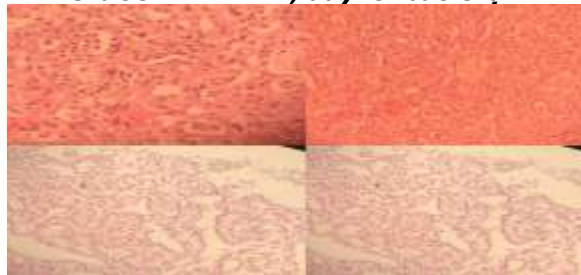
CT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy một khối u ngấm thuốc không đồng nhất kích

thước 27x21 mm ở nhu mô 1/3 giữa – dưới thận trái, phát triển ra ngoại vi và đẩy lùi bao thận, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh (Hình 1). Không thấy hạch bất thường tại vị trí rốn thận trái và dọc động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ dưới hoàn toàn bình thường. Thận trái, gan, túi mật, lách, ruột và bàng quang cũng bình thường. Không có dịch ổ bụng. CT lồng ngực cho thấy có nhiều tổn thương dạng nốt đặc bờ gợn rải rác 2 bên phổi, nốt lớn nhất đáy phổi phải kích thước 13mm hướng tới tổn thương thứ phát. Ổ tiêu xương thân T1 phá vỡ vỏ xâm lấn phần mềm lân cận (Hình 2).

Các xét nghiệm công thức máu, men gan, ure, creatinin, điện giải đồ đều trong giới hạn bình thường.



Hình 1: Khối u thận trái trên CTOB kích thước 27x22mm, đẩy lùi bao thận



Hình 2: Tổn thương phổi trên CT ngực có tiêm thuốc cản quang trước mổ

Bệnh nhân được sinh thiết u thận trái dưới hướng dẫn siêu âm trước và sinh thiết phổi phải sau đó 7 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh lý tại thận: carcinoma tế bào thận (Hình 3A), tại phổi phải: di căn carcinoma (Hình 3B). Kết quả nhuộm hoá mô miễn dịch cho thấy mẫu bệnh phẩm dương tính với các marker RCC, PAX8, Vimentin, CK7, E-cadherin, âm tính với CD10, CD117, TFE3 hướng tới carcinoma tế bào thận tít nhú, mô u di căn phổi.

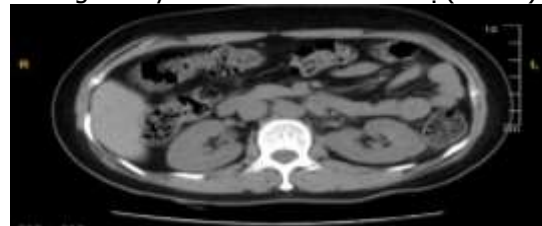


Hình 3: Hình ảnh vi thể mô thận trái (A) và thận phải (B), vật kính X40

Sau khi hội chẩn đa chuyên khoa (bao gồm bác sĩ tiết niệu, bác sĩ ung thư, bác sĩ phẫu thuật

tim mạch - lồng ngực, bác sĩ giải phẫu bệnh) thảo luận về trường hợp này, bệnh nhân đã được lên kế hoạch phẫu thuật cắt thận trái bán phần nội soi và điều trị miễn dịch sau mổ. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt thận trái bán phần thành công bằng phương pháp phẫu thuật nội soi qua khoang sau phúc mạc. Trong mổ thấy thận trái có u ở cực dưới kích thước 3x3cm bề mặt nhẵn, ranh giới rõ, không thấy hạch rốn thận. Bệnh nhân được cắt thận (T) bán phần, diện cắt cách u 0,3cm, thời gian kẹp cuống 18 phút. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật mà không có biến chứng nào. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật phù hợp với kết quả sinh thiết trước phẫu thuật là carcinoma tế bào thận tít nhú.

Sau 1 tháng phẫu thuật bệnh nhân khám lại ổn định và được chuyển điều trị Pazopanib. Bệnh nhân 4 tháng sau phẫu thuật cắt thận bán phần, thận 2 bên không thấy tổn thương, đài bể thận không giãn (Hình 5), các tổn thương ở phổi và xương ít thay đổi so với trước điều trị (Hình 6).



Hình 5: Hình ảnh CT Scanner ổ bụng sau phẫu thuật 1 tháng (Không thấy tổn thương bất thường tại thận trái)



Hình 6: Hình ảnh các tổn thương phổi trên CT ngực sau mổ (Tổn thương phổi và xương không tăng kích thước sau phẫu thuật)

III. BÀN LUẬN

Ung thư thận, phần lớn là ung thư biểu mô tế bào thận (RCC), chiếm khoảng 4% trong số tất cả các bệnh ác tính mới được chẩn đoán ở nam giới. Trong số các trường hợp RCC, khoảng 30% bệnh nhân đã có di căn tại thời điểm chẩn đoán. Các vị trí di căn phổ biến nhất của RCC là xương, phổi, gan và hạch bạch huyết^{1,2}.

Phẫu thuật cắt thận toàn bộ hoặc bán phần, được coi là phương pháp điều trị lựa chọn cho ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) khi ung thư khu trú và chưa di căn. Quy trình này nhằm mục đích loại bỏ khối u nguyên phát và ngăn ngừa

ung thư lan rộng hơn nữa. Đối với những bệnh nhân mắc RCC giai đoạn I (ung thư chỉ giới hạn ở thận và chưa xâm lấn các cấu trúc hoặc hạch bạch huyết lân cận), phẫu thuật cắt thận mang lại tiên lượng thuận lợi, với tỷ lệ sống sót sau 5 năm là hơn 90%². Ở những bệnh nhân mắc RCC giai đoạn II và III (ung thư đã phát triển lớn hơn hoặc lan sang các mô hoặc hạch bạch huyết lân cận), phẫu thuật cắt thận vẫn có thể mang lại lợi ích. Tuy nhiên, tỷ lệ sống sót sau 5 năm đối với các giai đoạn này thấp hơn, chỉ khoảng 40%^{1,3}.

Việc điều trị ung thư biểu mô tế bào thận di căn (mRCC) là chủ đề gây tranh cãi liên tục, đặc biệt là khi xử lý di căn ở những vị trí không điển hình, nơi có ít thông tin hơn trong tài liệu. mRCC thường biểu hiện khả năng kháng hóa trị và chỉ nhạy cảm ở mức độ vừa phải với xạ trị. Do bản chất sinh miễn dịch của nó, các liệu pháp miễn dịch như interferon alpha (IFN α) hoặc interleukin-2 (IL-2) thường được sử dụng làm phương pháp điều trị đầu tay trong các nghiên cứu trước đây. Ngoài ra, sự kết hợp giữa liệu pháp miễn dịch (IL-2) với xạ trị (RT) đã cho thấy hiệu quả hiệp đồng đầy hứa hẹn trong các nghiên cứu tiền lâm sàng³.

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị RCC di căn, bao gồm cả việc phát triển và chấp thuận các phác đồ miễn dịch trị liệu, nhưng đáp ứng hoàn toàn vẫn còn hiếm. Do đó, quản lý phẫu thuật bệnh di căn vẫn là một khía cạnh quan trọng của liệu pháp kiểm soát bệnh lâu dài. Các nghiên cứu đã chỉ ra lợi ích về khả năng sống sót ở những bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận giảm khối u trước khi điều trị miễn dịch toàn thân (thời gian sống trung bình là 13,6 tháng so với 7,8 tháng)³⁻⁵. Ngoài ra, một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân sẽ tự thoái triển khối u di căn sau phẫu thuật cắt bỏ thận giảm khối u. Do đó, ngoại trừ những bệnh nhân có thể trạng kém, bệnh nhân tổn thương não nghiêm trọng, phẫu thuật cắt thận giảm khối u nên là phương pháp điều trị giảm nhẹ đầu tiên cho những bệnh nhân RCC di căn có thể chịu đựng được cuộc phẫu thuật^{3,4}.

Bệnh nhân có di căn phổi đơn độc được biết là có tiên lượng thuận lợi so với các vị trí cơ quan khác và báo cáo lớn nhất về cắt khối di căn RCC là đối với những bệnh nhân di căn phổi. Tuy nhiên, trong tất cả các nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ sống sót chung (OS) sau 5 năm được báo cáo của những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cắt khối di căn phổi là khoảng 50%, dao động từ 45 đến 60% và ngoài ra, các nghiên cứu cũng ủng hộ cắt khối di căn hoàn toàn so với cắt khối di căn không hoàn toàn vì OS sau 5 năm giảm đáng kể xuống dưới 10% đối với những bệnh

nhân được điều trị bằng cắt khối di căn không hoàn toàn^{3,4}. Tuy nhiên, chức năng phổi của bệnh nhân là yếu tố quan trọng, giống như trong bất kỳ ca cắt phổi nào, và có liên quan đến khả năng chịu đựng cuộc phẫu thuật, phục hồi và tiên lượng. Ở những bệnh nhân được lựa chọn kỹ lưỡng, phẫu thuật cắt khối di căn phổi được dung nạp khá tốt với tỷ lệ biến chứng mức độ trung bình (ví dụ như huyết khối tĩnh mạch, nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim, thiếu máu não thoáng qua, rò khí kéo dài và viêm phổi) khoảng 10%. Tỷ lệ tử vong quanh phẫu thuật ở những bệnh nhân này là khoảng 1,1%⁴. Hơn nữa, những bệnh nhân có di căn đơn độc hoặc di căn ít, không có hạch bạch huyết và thời gian không có bệnh dài dường như có kết quả tốt nhất, đặc biệt là nếu có thể cắt bỏ hoàn toàn. Ở trường hợp bệnh nhân này của chúng tôi, đánh giá trước mổ có nhiều tổn thương phổi 2 bên và tổn thương tại xương cột sống ngực D1 nên không có chỉ định phẫu thuật loại bỏ tổn thương di căn. Việc sử dụng phương pháp điều trị toàn thân cho bệnh nhân mRCC đã trở nên nổi bật trong những năm qua nhưng, tuy nhiên, dường như vẫn thiếu liệu pháp toàn thân hiệu quả cho những bệnh nhân có di căn. RCC rất kháng với hóa trị liệu và liệu pháp nội tiết tố vì không có tác nhân nào luôn đạt được đáp ứng ở hơn 10% bệnh nhân^{3,4}. Cho đến gần đây, các lựa chọn điều trị mRCC chỉ giới hạn ở liệu pháp cytokine với interferon alpha (IFN- α) và/hoặc interleukin 2 (IL-2 liều cao) đạt được đáp ứng ở 10% đến 20% bệnh nhân. Sunitinib, pazopanib và sorafenib là chất ức chế đa tyrosine kinase (TKI) có tác dụng lên yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (VEGF), c-kit, yếu tố tăng trưởng beta có nguồn gốc từ tiểu cầu (PDGFR- β), tyrosine kinase 3 giống FMS (FLT3) và BRAF. Những loại thuốc này đã được chấp thuận cho RCC di căn như là lựa chọn hàng đầu hoặc hàng thứ hai⁴. Một nghiên cứu gần đây về việc sử dụng sorafenib (thời gian trung bình là 33 ngày) trước khi cắt thận cho thấy kích thước khối u giảm trung bình 10% ở hầu hết các bệnh nhân, chỉ có 17% có khối u phát triển.

Trong trường hợp đang được thảo luận, bệnh nhân hiện đang được điều trị bằng Pazopanib. Hiệu quả của phương pháp điều trị này đang được đánh giá thông qua việc đánh giá và theo dõi thường xuyên.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân RCC giai đoạn T1N0M1 là một bệnh lý hiếm gặp. Phương pháp điều trị cho bệnh nhân ở giai đoạn này vẫn là một chủ đề đang được bàn luận, trong đó điều trị đa mô

thức kết hợp phẫu thuật kết hợp với điều trị miễn dịch được nhiều tác giả ủng hộ. Trong ca lâm sàng này, bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận bán phần và điều trị Pazopanib có kết quả ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kavoussi LR, Roger R, Dmochowski, MD, MMHC, FACS.
2. Hoàng NH. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn điều trị ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
3. Schütz V, Lin H, Kaczorowski A, et al. Long-

Term Survival of Patients with Stage T1N0M1 Renal Cell Carcinoma. *Cancers*. 2023;15(24): 5715. doi:10.3390/cancers15245715

4. Pecoraro A, Palumbo C, Knipper S, et al. Synchronous Metastasis Rates in T1 Renal Cell Carcinoma: A Surveillance, Epidemiology, and End Results Database-based Study. *Eur Urol Focus*. 2021;7(4): 818-826. doi:10.1016/j.euf.2020.02.011
5. Abdul Rahman SA, Abdul Rahman A, Rajab S, et al. Endobronchial metastasis secondary to occulting renal cell carcinoma: literature review and a rare case report. *BMC Pulm Med*. 2023;23(1):28. doi:10.1186/s12890-023-02320-y

KHẢO SÁT PHƯƠNG PHÁP VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Thủy¹, Nguyễn Thị Thanh Tú¹,
Đinh Thị Mai¹, Vũ Thị Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát phương pháp và kết quả điều trị bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 454 bệnh án chẩn đoán tăng huyết áp, từ 1/2022 đến 12/2022 tại khoa Lão – Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương. **Kết quả:** 81,5% bệnh nhân được điều trị Y học hiện đại kết hợp Y học cổ truyền. Bệnh nhân phần lớn được điều trị 1 loại thuốc hạ huyết áp (51,3%). Thuốc chẹn kênh canxi là thuốc hạ áp được sử dụng nhiều nhất (45,8%). 94,7% bệnh nhân được sử dụng thuốc cổ truyền trong đó thuốc thang sử dụng nhiều nhất với 91,9%; dạng hoàn là 21,8%; chế hạ áp chiếm 7,0% và 5,1% bệnh nhân được kết hợp phương pháp không dùng thuốc. 89% bệnh nhân tăng huyết áp đạt mục tiêu điều trị. **Kết luận:** Phương pháp Y học hiện đại kết hợp Y học cổ truyền điều trị tăng huyết áp đã cải thiện triệu chứng, chỉ số huyết áp và đạt kết quả điều trị tốt. Tuy nhiên, cần phối hợp thuốc hạ huyết áp ngay từ đầu và tăng cường bảo chế và sử dụng chế phẩm thuốc cổ truyền và phương pháp không dùng thuốc để tăng hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** điều trị, y học cổ truyền, tăng huyết áp.

SUMMARY

SURVEY OF METHODS AND RESULTS OF HYPERTENSION TREATMENT AT NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Objective: This study was conducted to investigate the methods and results of the treatment of hypertension at the National Hospital of Traditional

Medicine. **Subjects and method:** A cross-sectional, retrospective study was performed on 454 medical records of patients diagnosed with hypertension from January 2022 to December 2022 at the Geriatrics Department – National Hospital of Traditional Medicine. **Results:** 81.5% of patients received a combination of modern medicine and traditional medicine. The majority of patients were treated with a single antihypertensive drug (51.3%). Calcium channel blockers were the most commonly used antihypertensive medication (45.8%). Traditional medicine was prescribed for 94.7% of patients, with decoctions being the most frequently used form (91.9%), followed by pill formulations (21.8%) and antihypertensive tea (7.0%). Additionally, 5.1% of patients received non-pharmacological interventions. A total of 89% of hypertensive patients achieved treatment goals. **Conclusion:** The combination of modern and traditional medicine in hypertension management effectively improved symptoms, blood pressure indices, and overall treatment outcomes. However, it is necessary to combine antihypertensive drugs from the beginning and enhance the formulation and use of traditional medicine preparations and non-pharmacological methods to improve treatment effectiveness. **Keywords:** treatment, traditional medicine, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp được coi là yếu tố hàng đầu trong mười yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm gây tử vong ở các nước đã và đang phát triển. Năm 2022, Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có khoảng 1,28 tỉ người trưởng thành từ 30 – 79 tuổi bị tăng huyết áp [10]. Tăng huyết áp có thể gây ra những biến chứng dẫn đến tử vong cho người bệnh đồng thời gây ra gánh nặng cả về kinh tế, đời sống xã hội. Theo thống kê năm 2019, tại Hoa Kỳ, chi phí y tế hàng năm cho những người bị huyết áp cao cao hơn 2759 đô la

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thủy

Email: drthuy.yhct@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025