

# BƯỚC NHU MÔ THẬN

**Ths. BS. NGUYỄN ĐẠO THUẤN**  
Giảng viên Tiết Niệu Học  
BV Bình Dân – ĐHYD, TP.HCM

# I. ĐẠI CƯƠNG

- ▶ **Bướu thận:** bướu nhu mô, bướu niệu mạc  
Bướu ác đa số => bướu thận, cần nghĩ bướu ác
- ▶ **Bướu ác thận:** *bướu ác nhu mô thận*, có 2 loại thường gặp:
  - Bướu ác nhu mô thận ở người lớn  
*(renal cells carcinoma: RCC)*
  - Bướu ác nhu mô thận ở trẻ em  
*(renal blastoma – bướu Wilms)*
- ▶ **Bướu lành:** AML...(ít gặp)

## II. DỊCH TỄ HỌC VÀ PHÂN LOẠI

### 1. Bướu ác

#### a. Ung thư tế bào sáng: (adenocarcinom thận)

- ▶ Tuổi: 50 – 70, hiếm dưới 30. nam/nữ: 2–3  
(Kernion và Belldgrun).

#### ▶ Van Cangh:

- chiếm thứ 3/K niệu–SD
- chiếm 2% – 3%,
- thứ 13/các loại K.
- ngày càng nhiều do phương tiện chẩn đoán

# DỊCH TỄ HỌC VÀ PHÂN LOẠI

## *b. Ung thư nguyên bào thận: (bướu Wilms)*

- ▶ Rất ác tính, thường gặp ở trẻ em,
- ▶ 80%/K đường tiểu ở trẻ <15 tuổi,
- ▶ 90% xuất hiện dưới 7 tuổi
- ▶ Cao nhất sơ sinh đến 4 tuổi.

Việt Nam: chiếm 10,07%/K trẻ em > 10 lần bướu nguyên bào thận kinh (0,72%).

Âu – Mỹ: 8%/các loại bướu đặc, < bướu nguyên bào TK (9,6% trẻ da trắng và 7% ở trẻ da đen: Hoa Kỳ ).

Bướu 2 thận: 7,2% (Van Cangh)

*2. Bướu lành: 2% – 3%.*

# III. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

## 1. Bướu thận ở người lớn: ( adenocarcinom )

Từ ống lượn gần, không rõ tác nhân, *oestrogen* sinh bướu thận trên chuột nhưng chưa được chứng minh trên người.

- ▶ Có sự liên hệ giữa người hút thuốc lá.
  - ▶ Thay đổi nhánh ngăn NST số 3 (*Cohen, 1979*).
  - ▶ Yếu tố tăng trưởng (TGFs ) – alpha và beta
  - ▶ Bệnh Von Hippel – Lindau có nguy cơ cao
  - ▶ Mối liên hệ giữa rối loạn gen và K thận
- => cơ sở của phương pháp điều trị mới.**

# NGUYÊN NHÂN BỆNH SINH:

## 2. Bướu nguyên bào thận: ( bướu Wilms)

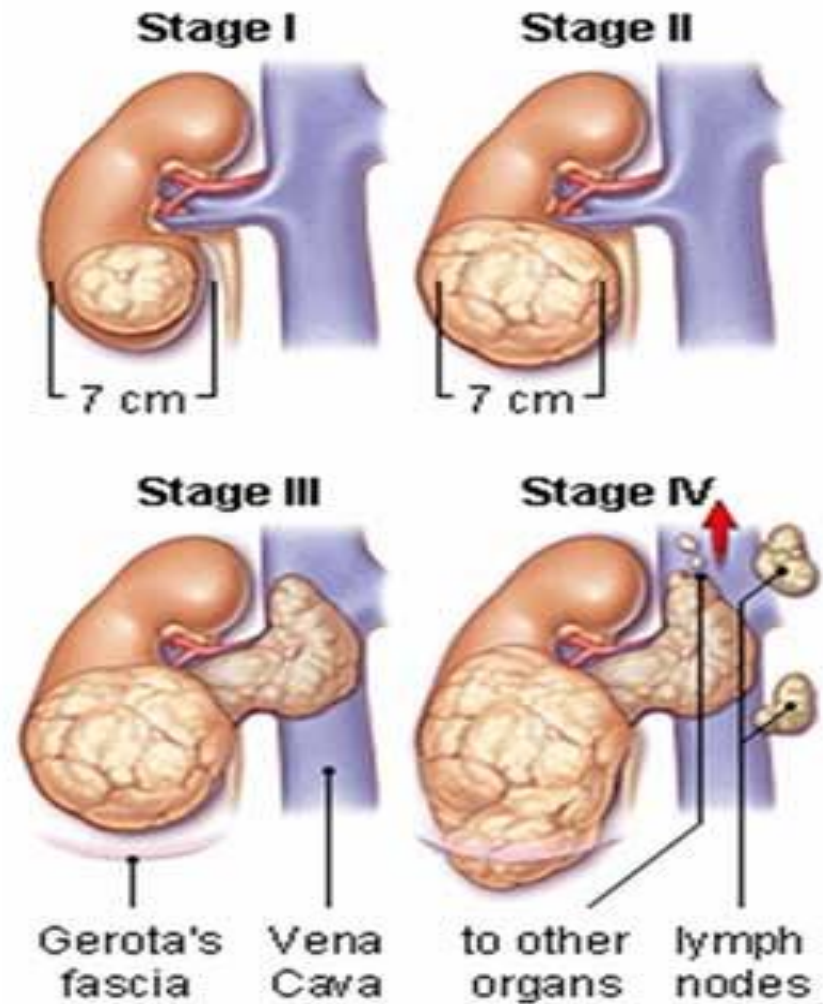
- ▶ Có tính bẩm sinh: xuất hiện giai đoạn bào thai.
- ▶ Yếu tố bệnh sinh: bất thường NST.
- ▶ Nhân từ ngbào mầm sđục: ngbào ống Wolff di chuyển vào thận.
- ▶ Vài bất thường di truyền liên quan:
  - hchứng Beckwith – Wiedemann
  - hchứng Klippel – Trenauay

# IV. GIẢI PHẪU BỆNH

## IV.1. Bướu ác

### 1. Bướu tế bào sáng của thận

#### a. Phân loại Robson



# GIẢI PHẪU BỆNH

## ***b. Phân chia theo TNM***

### **Bướu nguyên phát ( T ):**

- TX: bướu nguyên phát không thể phát hiện.
- T0: bướu chưa biến hiện.
- T1: bướu  $\leq 7\text{cm}$ , khu trú trong thận.
- T2: bướu  $> 7\text{cm}$ , khu trú trong thận.
- T3: bướu ăn lan vào TM lớn, bướu xâm lấn tuyến thượng thận, mỡ quanh thận, không vượt quá cân Gerota.
  - T3a: bướu xâm lấn tuyến thượng thận, mỡ quanh thận, không vượt quá cân Gerota.
  - T3b: xâm lấn TM thận hoặc TMC dưới hoành.
  - T3c: xâm lấn TMC trên cơ hoành.
- T4: bướu vượt quá cân Gerota.



# GIẢI PHẪU BỆNH

## Hạch tại chỗ ( N ):

- NX: hạch tại chỗ không thể phát hiện.
- N0: không hạch di căn tại chỗ.
- N1: 1 hạch  $\leq 2\text{cm}$ .
- N2: 1 hạch 2 – 5cm hoặc nhiều hạch  $< 5\text{ cm}$ .
- N3: 1 hoặc nhiều hạch  $> 5\text{cm}$ .

## Di căn xa ( M ):

- MX: không thể xác định sự hiện diện của bướu.
- M0: không di căn xa.
- M1: di căn xa.

***Tương quan giữa 2 hệ thống phân chia giai đoạn phát triển của ung thư thận:***

Phân chia giai đoạn Robson	Phân chia giai đoạn TNM		
	T	N	M
Giai đoạn I	T1	N0	M0
Giai đoạn II	T2	N0	M0
Giai đoạn III	T1	N0, N1	M0
	T2	N0, N1	M0
	T3a, T3b, T3c	N0, N1	M0
Giai đoạn IV	T4	N1-3	M0
	T1-4	N1-3	M1

# GIẢI PHẪU BỆNH

## 2. Ung thư nguyên bào thận (bướu Wilms)

### *a. Đặc điểm*

- ▶ Thường gặp ở trẻ em
- ▶ Phát triển rất nhanh: *phá vỡ vỏ bao thận, xâm lấn cơ quan lân cận, TM thận, TMC.*
- ▶ Di căn đường bạch huyết: *hạch rốn thận và hạch quanh ĐMC.*
- ▶ Di căn sớm: *xương phổi, não, gan ...*

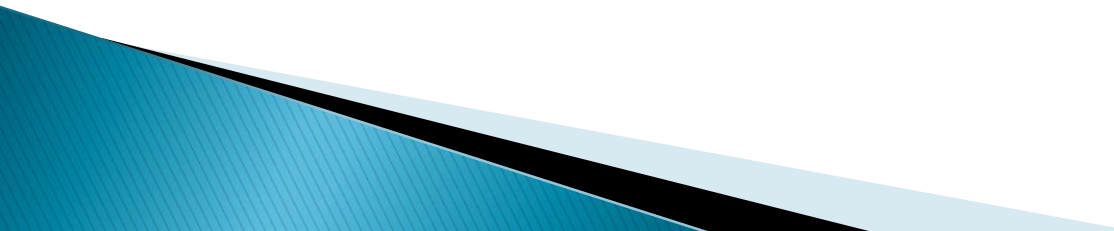
# GIẢI PHẪU BỆNH

*Hình ảnh đại thể của bướu Wilms*

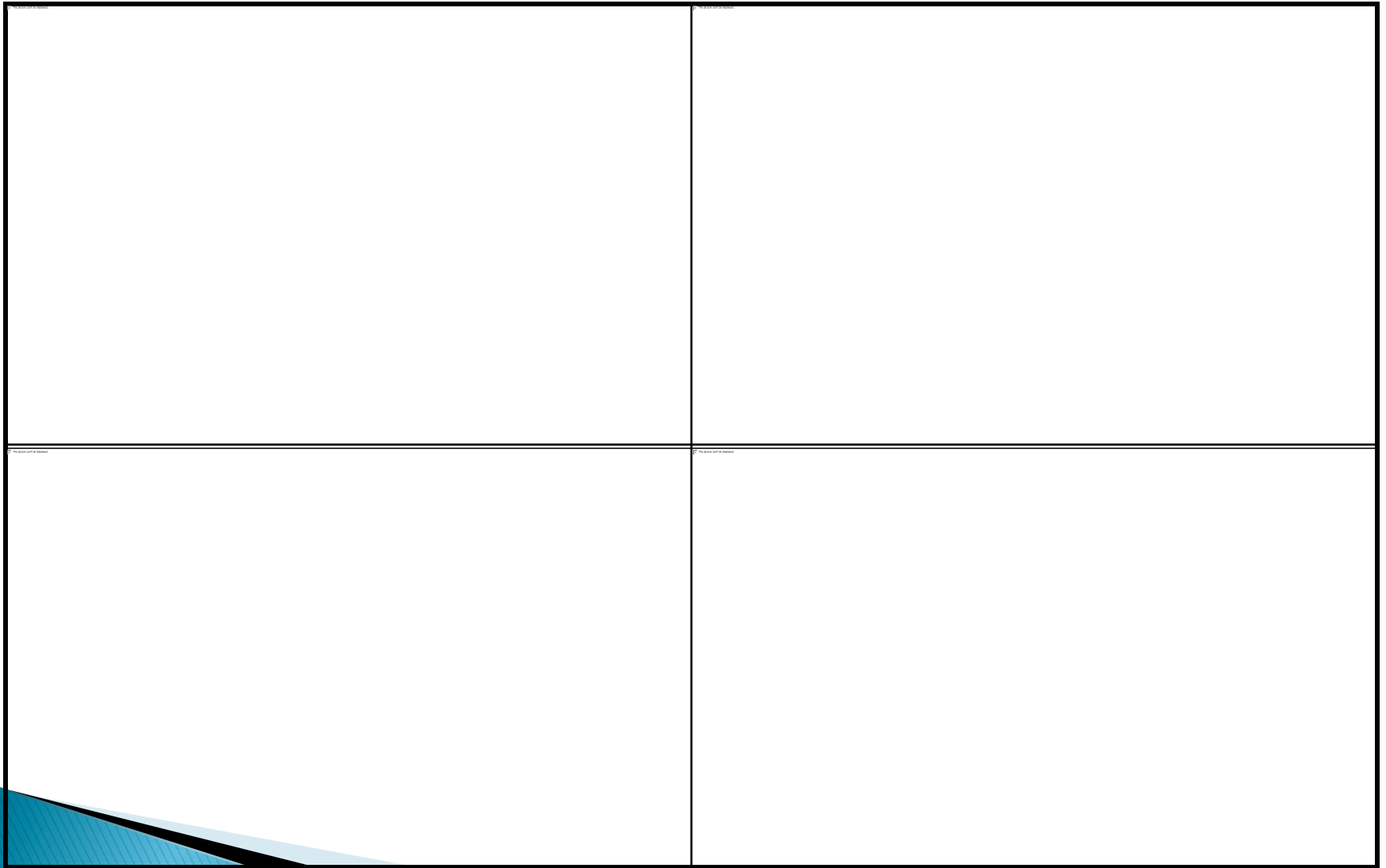


# GIẢI PHẪU BỆNH

***b. Van Cangh*** chia 4 giai đoạn phát triển:

- **Giai đoạn I:** bướu còn giới hạn trong thận, có thể cắt bỏ hoàn toàn.
  - **Giai đoạn II:** bướu có xâm lấn ngoài thận, nhưng có thể cắt bỏ hoàn toàn.
  - **Giai đoạn III:** cắt không hết được, hay có sự hiện diện của hạch di căn, 18% các trường hợp.
  - **Giai đoạn IV:** bướu 2 bên thận.
- 

## *Hình ảnh vi thể của bướu Wilms*



# GIẢI PHẪU BỆNH

## IV.2. Bướu lành tính:

1. Bướu cơ quan cạnh cầu thận: THA:  
aldosteron/nước tiểu tăng, kali/máu thấp,  
hết tăng huyết áp/khi cắt thận.
2. Bướu mạch máu – cơ trơn – mỡ (AML):
  - ▶ Nhiều tổ chức mỡ, phản âm cao  
=> dấu hiệu gợi ý đáng tin cậy qua SA.
  - ▶ Phát triển chậm, bên trong bướu  
=> đau, chảy máu: bướu to lên đột ngột

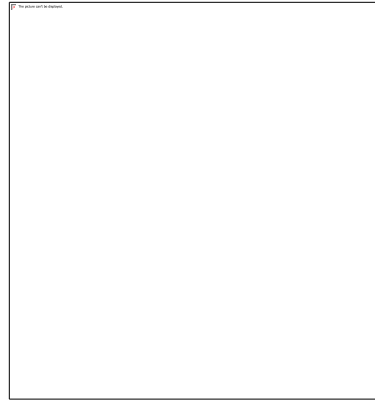
### 3. Các dạng bướu lành ít gặp khác:

- Bướu lành ống thận (adenoma).
- Bướu lành vỏ bọc thận (fibroma).
- Bướu lành mô mỡ cạnh thận (lipoma).
- Bướu cơ trơn (leiomyoma).
- Nang thận đơn độc hay thận đa nang được kể như 1 loại bướu lành tính.

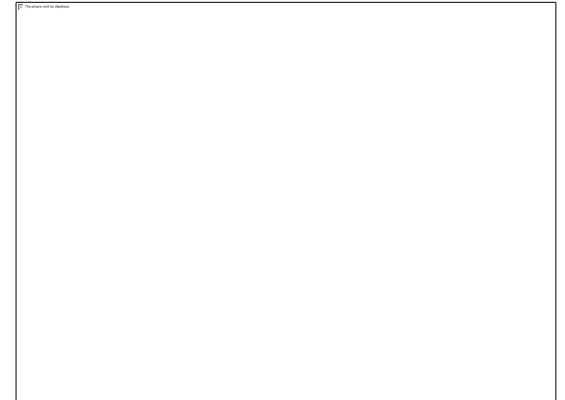




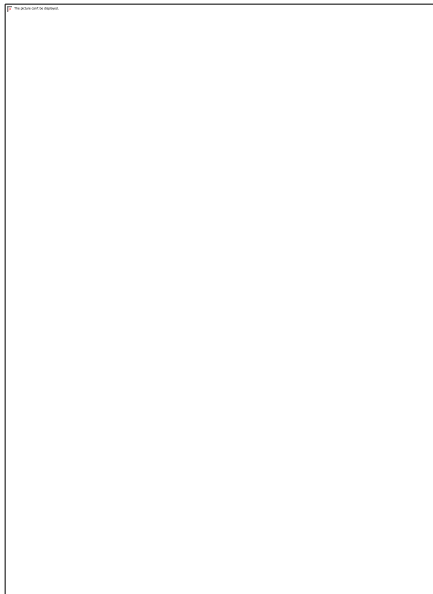
Nephroblastoma



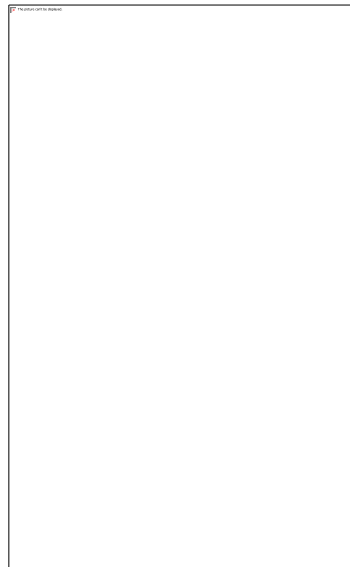
Multicentric Nephroblastoma



Clear cell Sarcoma



AML Tumor



Renal Cell Carcinoma



Renal Cell Carcinoma

# V. LÂM SÀNG

## *V.1. Ung thư tế bào thận (adenocarcinom )*

### *1. Triệu chứng bướu:*

- ▶ *Tam chứng cổ điển:*
  - a. Tiểu máu*
  - b. Khối u vùng thắt lưng*
  - c. Đau lưng*

### ***Chỉ 10% đủ tam chứng***

- chẩn đoán xác định dễ*
- quá muộn*
- chỉ cần 1–2 trong 3: nghĩ bướu thận.*

# LÂM SÀNG

*a. Tiểu máu: 50–60% (Van Cangh, 1994)*

- Toàn dòng, máu tươi hay cục, tiểu không đau buốt
- Không có dấu hiệu báo trước.
- Có thể kèm theo cơn đau bão thận.
- Thường khởi tự nhiên.
- Không can thiệp ngoại khoa cấp cứu vì tiểu máu.

*b. Đau hông lưng: 15% – 30% (Glenn),*

*xuất hiện tùy giai đoạn tiến triển của bứu:*

- Đau lưng và đau bụng.
- Cơn đau bão thận.
- Đau tại chỗ do di căn xương.

# LÂM SÀNG

*c. Khối bướu: 24 – 86% ( J. Glenn)*

- **Nhìn:** có thể nhìn thấy + bất cân xứng 2 vùng thắt lưng/to.
- **Sờ:**
  - + *Chạm thận:* dương tính, quá đường trắng giữa bụng, không còn khả năng pthuật.
  - + *Bập bênh thận:* dương tính – chưa di căn. Âm tính – quá chỉ định phẫu thuật.
  - + *Rung thận:* không đau hoặc đau nhẹ.
- **Gõ:** xác định giới hạn bướu, phân biệt tràn dịch màng bụng, bụng chướng hơi do ruột.
- **Nghe:** tiếng thổi do tăng sinh mạch máu, cần phân biệt với phình ĐMC bụng.

# LÂM SÀNG

## *2. Triệu chứng toàn thân:*

- Sụt cân: 36% các trường hợp.
- Sốt: 40–50%, sốt do: tắc đài thận và tế bào ung thư.
- Rối loạn tiêu hoá: do bứu chèn ép.
- Rối loạn thể dịch: tăng: erythropoietin; renin; 1,25 – Dihydroxycholecalciferol; calci huyết, glucagon, HCG và insulin.
- Sarcoidose hoá: 1 – 2%, nếu có: protein trong nước tiểu, thận suy, gan to nên nghĩ đến biến chứng sarcoidose hoá.

# LÂM SÀNG

## 3. Triệu chứng di căn:

- ***Di căn hệ TM:*** đặc biệt di căn TM thận trái – dẫn TM tinh trái, di căn TMC bụng – dẫn TM tinh phải và tuần hoàn bàng hệ bụng.
- ***Di căn gan*** với nhân cứng, bụng báng, vàng da, suy gan, phù 2 chân.
- ***Di căn xương*** gây các triệu chứng tại chỗ, di căn não cho các triệu chứng thần kinh.

## *V.2. Ung thư thận ở trẻ em (Bướu Wilms)*

- 1. Lâm sàng:** nghèo nàn: 40–50% phát hiện tình cờ.
- **Khám:** bướu to, chắc, không đau, chạm và bập bênh thận rõ, đặc biệt to nhanh.
  - + **Muộn:** hông lưng to ra 1 bên, gắn chặt vào thành bụng, chèn ép, dẫn TM tĩnh.
  - **Tiểu máu:** 15–25%: rỉ rả liên tục, là dấu hiệu nặng
  - **Toàn thân:** như bướu ở người lớn: sốt, CHA do renin cũng thường thấy, suy kiệt, thiếu máu là dấu hiệu muộn.

# VI. CẬN LÂM SÀNG (chung cả 2 loại)

- *Nước tiểu:* xác định tiểu máu đại thể, vi thể. Hồng cầu âm tính không loại trừ chẩn đoán.
- *Huyết học và sinh hoá:*
  - Chức năng gan rối loạn: khó phân biệt với bướu di căn gan trong hội chứng cận ung.
  - Tốc độ máu lắng: tăng hay giảm.
  - Có thể đa hồng cầu hoặc thiếu máu.
- *Siêu âm:*
  - o Phân biệt bướu đặc, bướu hỗn hợp, nang thận, thận nước do sỏi, thận nước do bế tắc, tổn thương ngoài thận.
  - o Tìm hạch di căn rốn thận, cạnh ĐM, TM
  - o Khối u di căn.

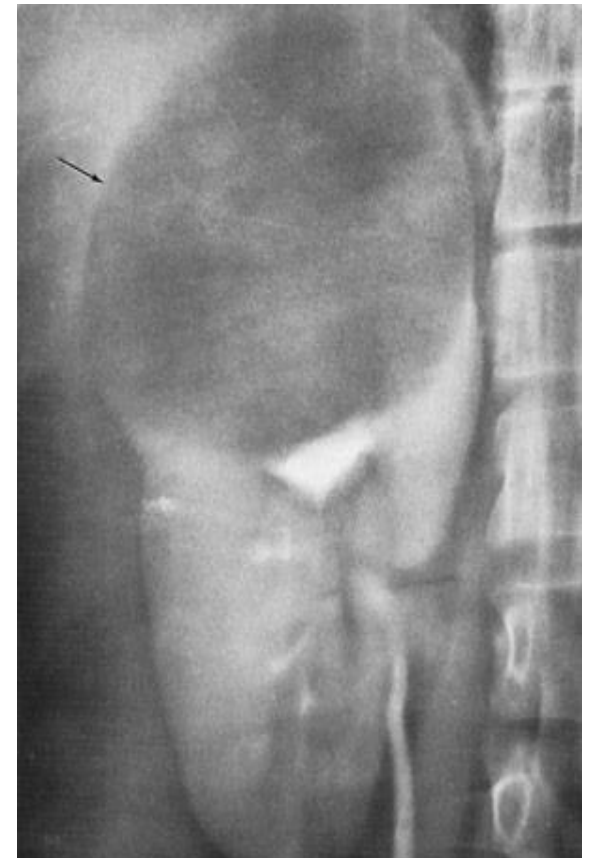


# Cận lâm sàng

- *Siêu âm doppler*: Tìm chồi bướu trong TM thận và trong TMC bụng.
- *XQ bộ niệu không chuẩn bị ( KUB )*: ít ý nghĩa
  - Bướu hiện lên bằng bóng thận to.
  - Hình ảnh vôi hoá của bướu,
  - Phân biệt với thận nước do sỏi,
  - Đối chiếu trước khi chỉ định làm UIV.

# Cận lâm sàng

- *XQ bộ niệu có cản quang: (UIV)*
  - Quan sát chức năng thận đối diện.
  - Xác định giới hạn của bướu
  - Các đài thận và bể thận biến dạng.



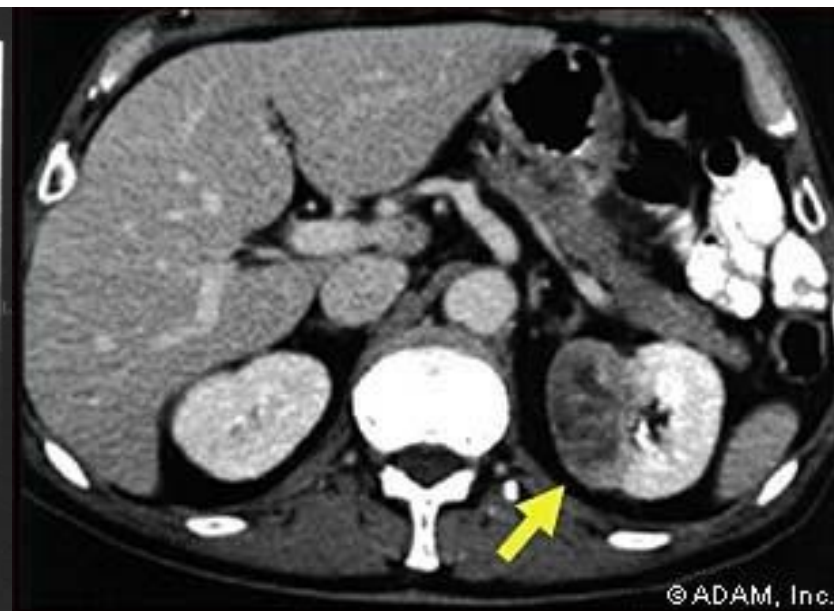
# Cận lâm sàng

➤ *Hình ảnh cắt lớp điện toán CTscans:*

Chụp 2 loạt phim không và có tiêm thuốc cản quang.

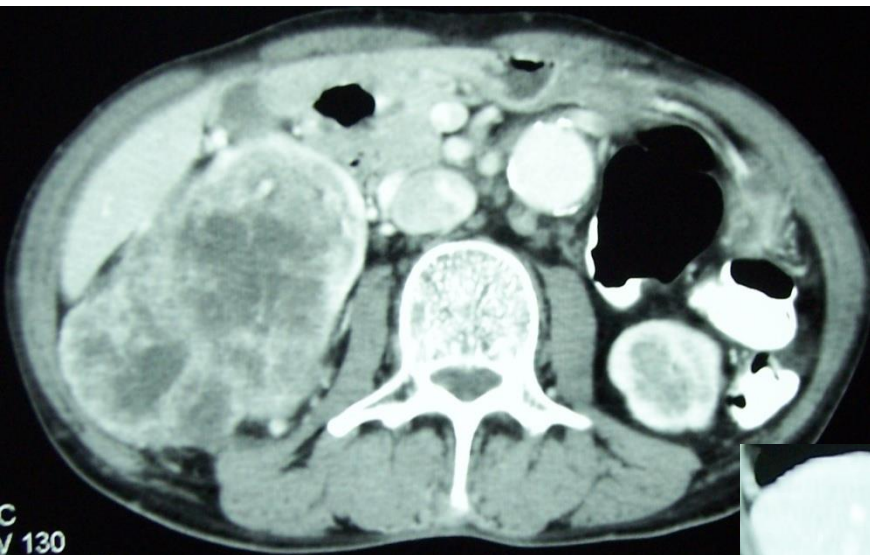
Bốn mục tiêu phân tích là:

- Khối u.
- Xâm lấn TM.
- Xâm lấn mô quanh thận.
- Xâm lấn hạch bạch huyết.

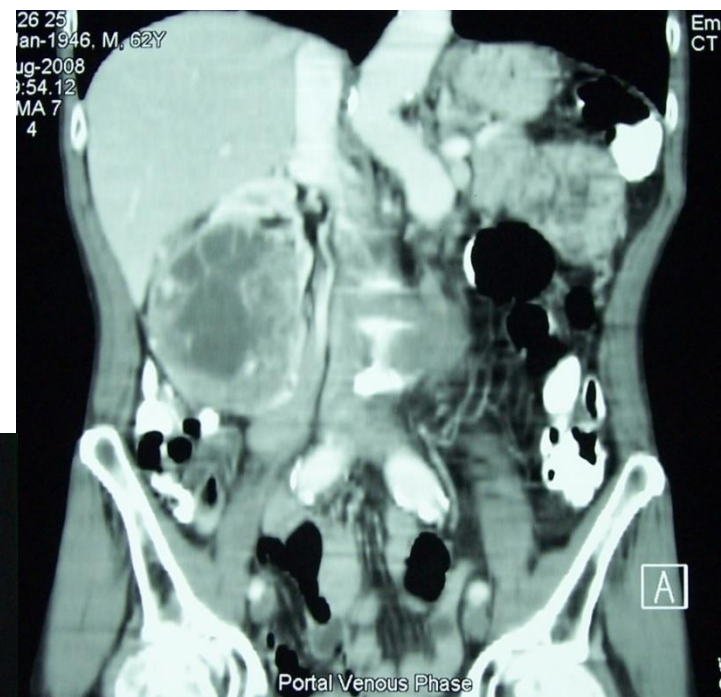


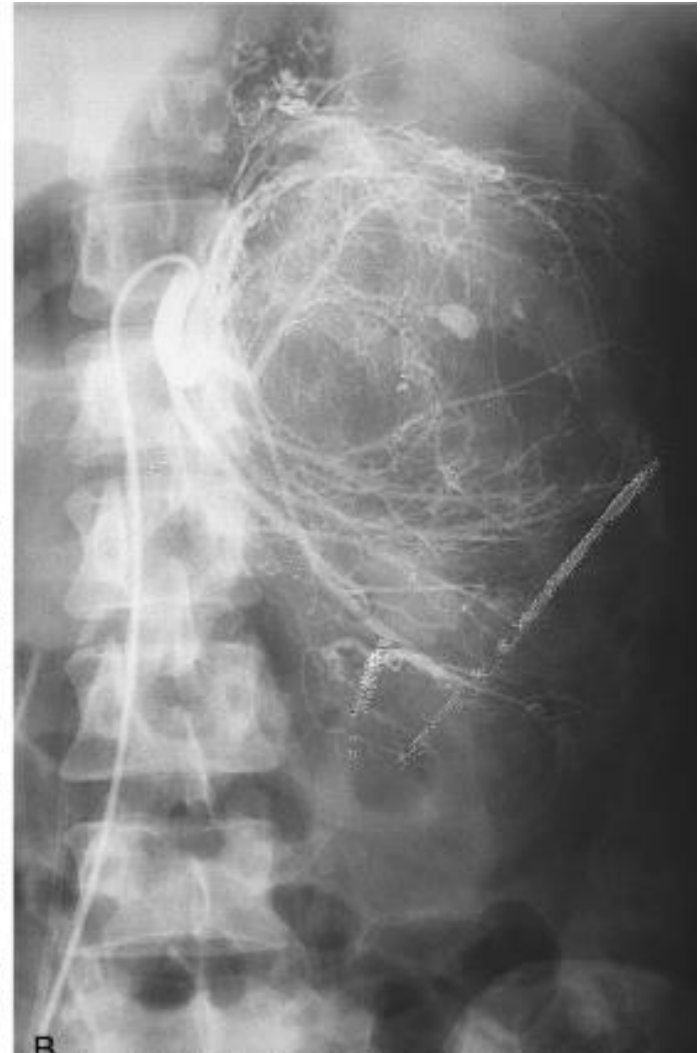
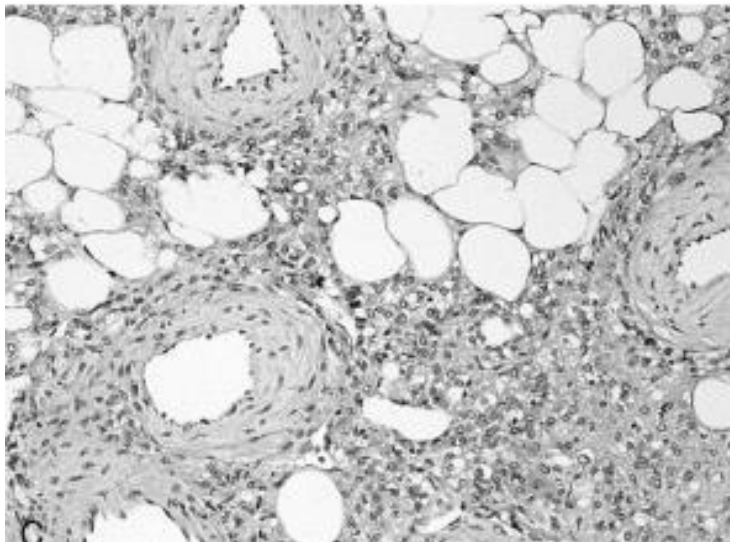
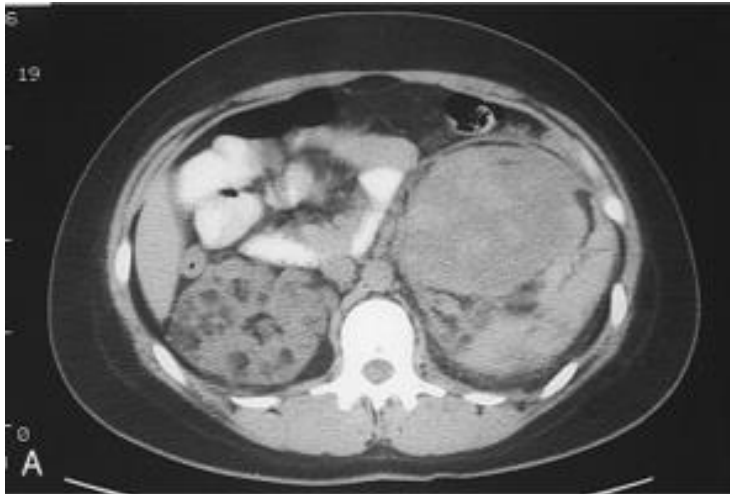


## CT SCANS



**Bướu chủ mô thận P (RCC)**



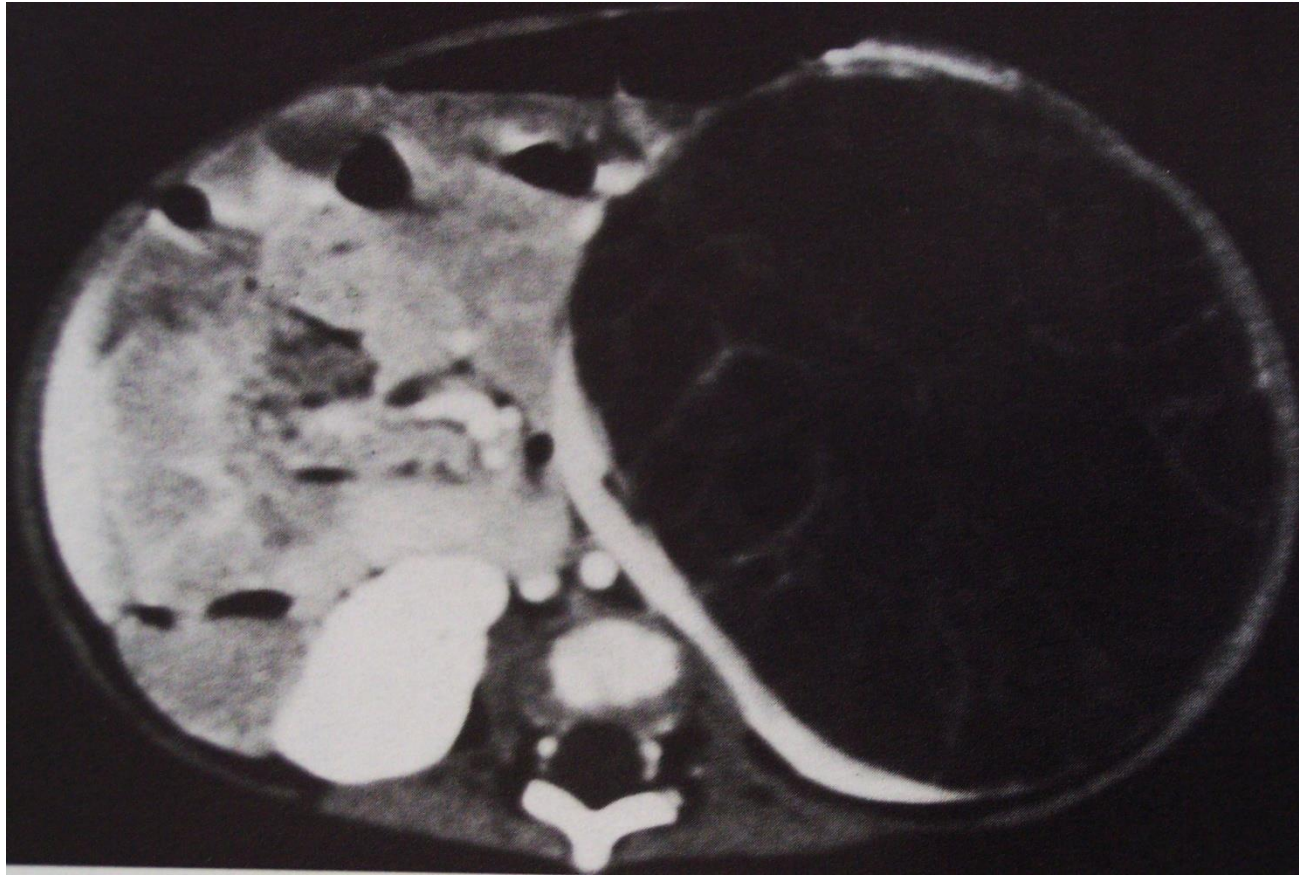


**Bướu AML hai bên thận**



**Buróu Wilm**





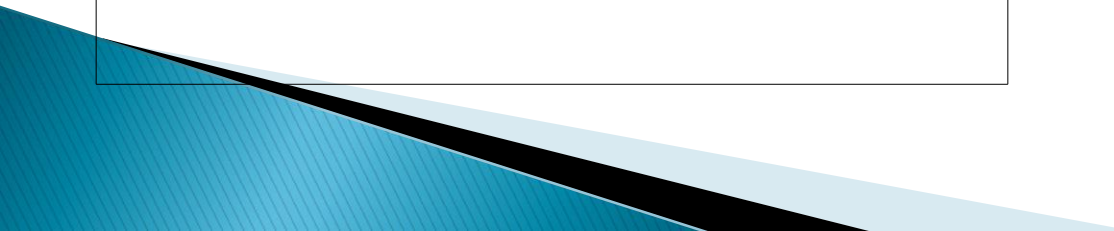
Cystic Nephroma



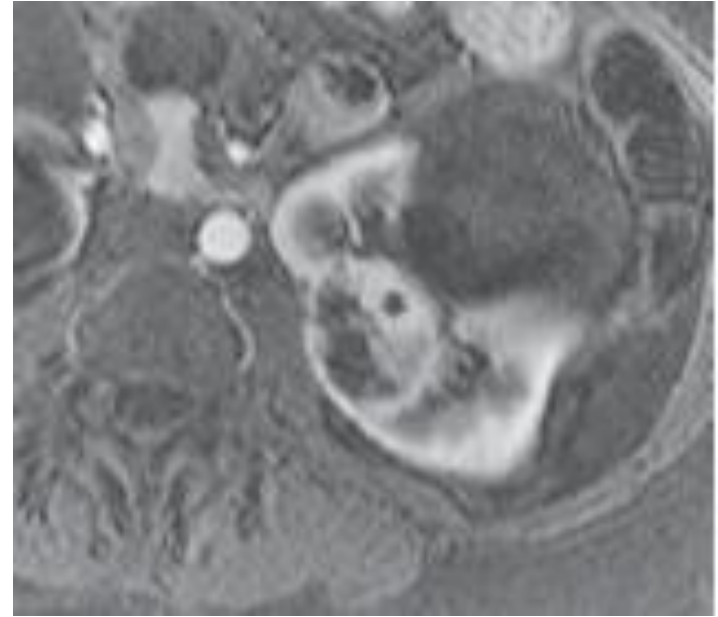
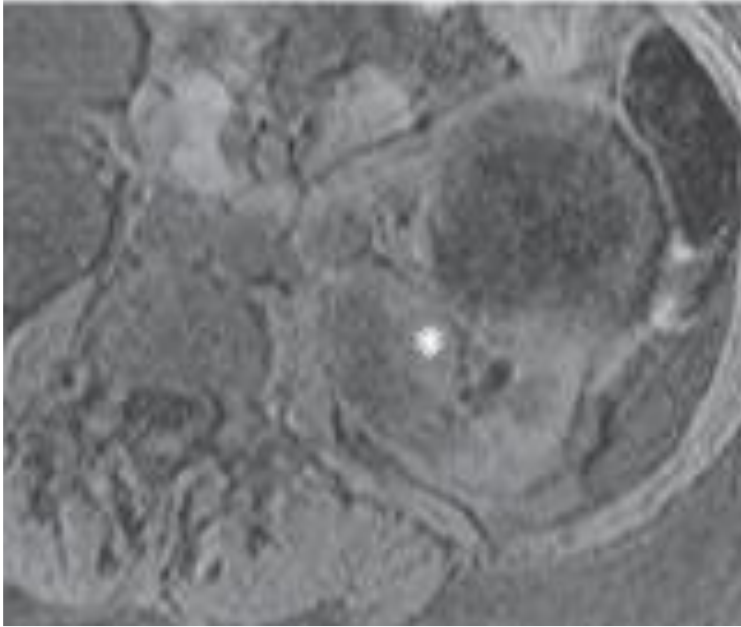
# Cận lâm sàng

- *Cộng hưởng từ ( MRI: Nuclear Magnetic Resonance Imaging )*
  - Cho hình ảnh trung thực hơn.
  - Các lớp mô và hạch rõ hơn.
  - Cho các mạch máu và chồi trong lòng mạch rõ hơn.

Nhược điểm của MRI là giá thành cao  
Chỉ định khi cần thiết.

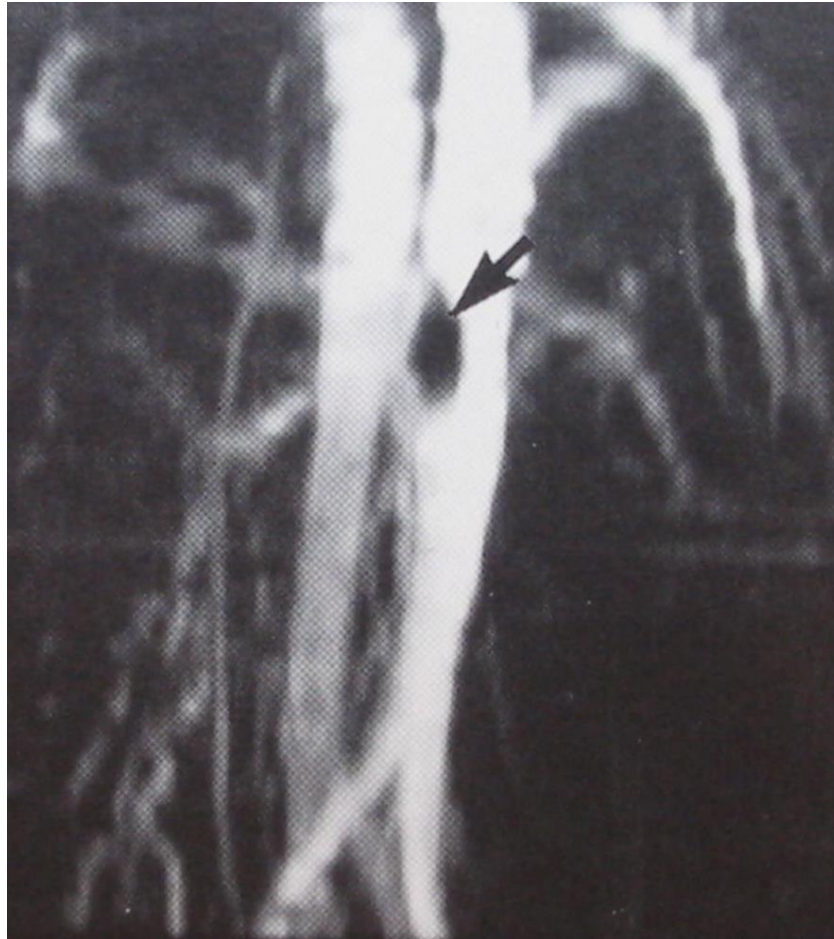


# MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI):



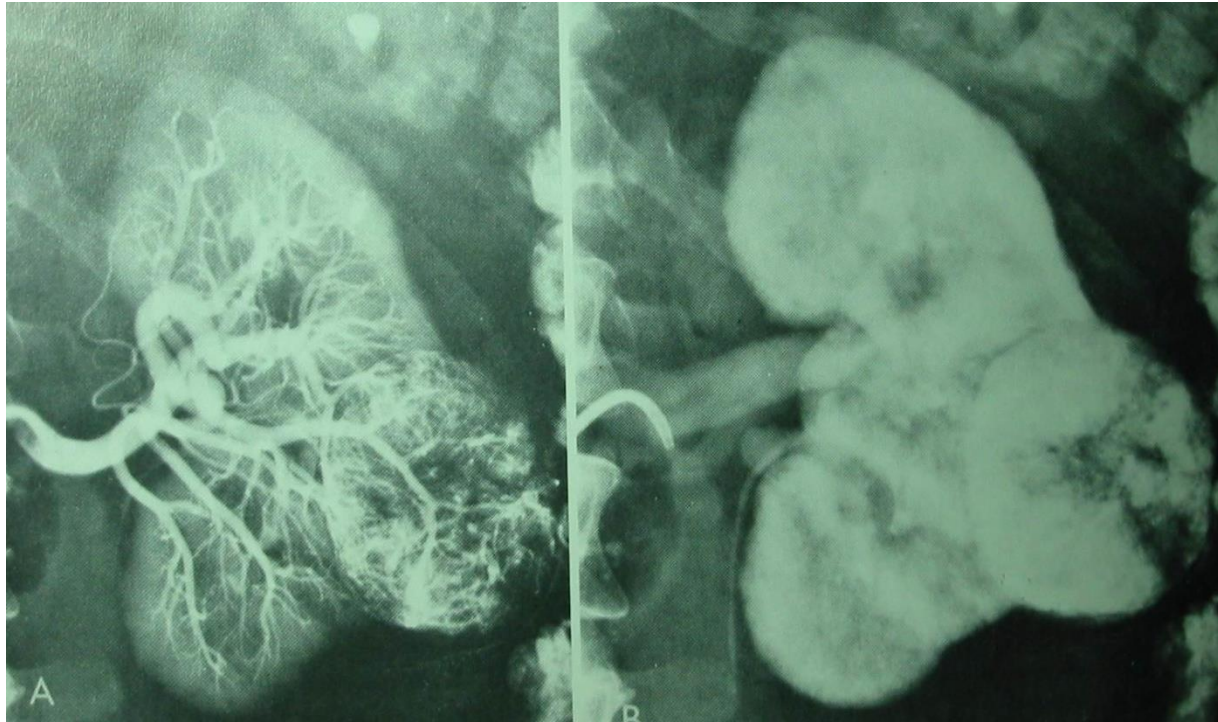
Bướu thận T

# MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI):



*Hình ảnh mạch máu sau khi MRAI dựng hình lại.  
Carcinoma thận T có chồi ung thư trong TM thận T và TM chủ dưới.*

- ▶ **Động mạch thận đồ :**  
Cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu vùng Bướu.



# Cận lâm sàng

## ➤ *Các thủ thuật nội khoa:*

- *Nội soi bàng quang:* chỉ định tiểu máu do bướu thận: máu phụt ra từ miệng niệu quản, chẩn đoán phân biệt với bướu bàng quang.

➤ *XQ TMC bụng:*

➤ *Bơm hơi sau phúc mạc:*

➤ *Hình ảnh đồng vị phóng xạ:*

➤ *Sinh thiết bướu thận:*

➤ *Chất đánh dấu bướu:*





*Chụp cản quang TM chủ dưới:  
huyết khối tĩnh mạch chủ dưới*

# VII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

## 1. Ung thư tế bào thận

### Lâm sàng:

- \* Tam chứng: tiểu máu – khối u – đau.
- \* Sự hiện diện của 1 trong tam chứng có chẩn đoán.

### Cận lâm sàng:

- \* Các xét nghiệm huyết học và sinh hoá.
- \* Các xét nghiệm hình ảnh theo thứ tự và yêu cầu chẩn đoán từng trường hợp.



## Chẩn đoán phân biệt

### 1. Bướu đài bể thận:

#### Lâm sàng:

- Triệu chứng đái máu giống nhau.
- Cơ đau quặn thận: có thể xảy ra vì bướu làm tắc nghẽn đài bể thận, máu cục.
- Thận to, thường ứ nước do đài bể thận bị bế tắc. Nếu bướu lớn xâm lấn vào nhu mô thận khó phân biệt với bướu nhu mô thận

#### Cận lâm sàng:

- Hình ảnh bướu đài bể thận: siêu âm, UIV, UPR.
- Tìm tế bào K biểu mô chuyển tiếp trong niệu.

## Chẩn đoán phân biệt

### 2. Bướu tuyến thượng thận:

#### Lâm sàng:

- Bướu lành: bướu vỏ TTT với hội chứng Cushing, hội chứng aldosteron (bệnh Conn), nam hoá do bướu tiết androgen, tăng HA trong bướu tuỷ TTT.
- Đối với ung thư, triệu chứng nghèo nàn: đau vùng thắt lưng âm ỉ, rỗ vào giai đoạn muộn.

#### Cận lâm sàng:

- Sinh hoá: tăng tiết hormon tuyến thượng thận.
- Hình ảnh, vị trí bướu : SA, CT scan, MRI.

## Chẩn đoán phân biệt

### *3. Bướu sau phúc mạc:*

- Bướu thần kinh: bướu nguyên bào thần kinh.
- Bướu mỡ: bướu mỡ lành, bướu sarcom mỡ.
- Bướu mô cơ, mô sợi: bướu cơ trơn lành, bướu sợi lành, sarcom cơ vân, cơ trơn, sợi.
- Hạch bạch huyết: hạch di căn, lymphom.

## 2. Ung thư thận ở trẻ em ( Bướu Wilms )

### Chẩn đoán:

- **Lâm sàng:** sờ thấy bướu ở vùng lưng, nên mổ sớm khi sờ thấy khối u.
- **SA :** nhanh chóng và không xâm hại.
- **UIV:** giống hình ảnh bướu thận người lớn: đài bể thận bị kéo dài, cắt cụt, chèn ép ứ nước, xác định thận đối diện còn tốt.
- Chụp phổi, CT scan, MRI: đánh giá giai đoạn.

# VIII. ĐIỀU TRỊ (chung)

## **1. Phẫu thuật:**

- Là phương pháp điều trị chính.
- ***Cắt thận rộng***: cắt thận toàn phần, mỡ quanh thận, nạo hạch, lấy chồi TM, cắt NQ.  
Chỉ định cắt thận rộng: bướu adenocarcinom thận, bướu Wilms.
- ***Cắt thận bán phần***: bướu lành, bướu/thận độc nhất.
- ***Cắt bỏ 2 thận***: bướu thận 2 bên.
- ***Cắt bướu di căn phổi, di căn gan***  
(khối bướu di căn duy nhất), có thể có kết quả tốt.

# ĐIỀU TRỊ

## ***2. Hoá trị:***

- Adenocarcinom kháng với hoá trị và xạ trị.
- Bướu Wilms là loại bướu nhạy với hoá trị, từ giai đoạn III trở đi có thể kết hợp với xạ trị.

## ***3. Xạ trị:***

Bướu Wilms là loại bướu nhạy với xạ trị: không cần xạ trị ở giai đoạn I và II.

***4. Hormon liệu pháp:*** estrogens và androgens có ít tác dụng (*Schomburg et al, 1993* )

# ĐIỀU TRỊ

## **5. Miễn dịch liệu pháp và điều trị gen:**

- Interleukin-2 ( IL-2 ) là 1 cytokin sản sinh bởi lympho bào T hoạt hoá làm tăng khả năng miễn dịch và có tính chống tế bào ung thư.
- Nghiên cứu của McCabe, Stabler và Hawkin vào 1992 cho kết quả có đáp ứng khi dùng IL-2 liều cao là 8% và 13% nếu kết hợp với lympho bào gây độc được hoạt hoá bởi lymphokin ( LAK )



# IX. THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

Mỗi 3 tháng sau mổ:

- ▶ Khám bụng, hạch ngoại vi
- ▶ SA gan
- ▶ XQ phổi, cột sống
- ▶ CT scans.

# X. TIỀN LƯỢNG

## **1. *Bướu adenocarcinom:***

- 60–80% sống quá 5 năm–10 năm/GĐ I.
- 50% GĐ II.
- 35%/GĐ III và 5%/GĐ IV.

## **2. *Bướu Wilms:* sống quá 2 năm**

- GĐ I: 88 – 95%.
- GĐ II: 78 – 90%
- GĐ III: 70 – 84%
- GĐ IV: 49 – 54%
- GĐ V: 26%

# Tóm lại

- ▶ 2 loại bướu ác
- ▶ Chẩn đoán:
  - Tam chứng kinh điển, khối u bụng
  - Siêu âm bụng, MSCTscans bụng chậu
- ▶ Điều trị: phẫu thuật, hóa, xạ
- ▶ Tiên lượng: Wilms (xấu).

# Chân thaønh caùm ôn!

