

## BÁO CÁO 3 TRƯỜNG HỢP U THẬN TẾ BÀO LỚN ỨA TOAN (ONCOCYTOMA) ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2011

TRẦN MẠNH HÀ - Đại học Y Thái Bình  
NGUYỄN VĂN HƯNG, TRẦN NGỌC MINH  
Đại học Y Hà Nội

### TÓM TẮT

U tế bào lớn ứu toan của thận là loại u lành tính, hiếm gặp, đôi khi khó phân biệt với ung thư biểu mô tế bào thận tế bào sáng typ ứu toan. 3 trường hợp u thận tế bào lớn ứu toan được báo cáo về đại thể và vi thể. Kết quả: Về đại thể, u có giới hạn rõ, thường nằm ở một bên thận, với kích thước từ 2,5 - 5 cm đường kính trung bình, mật độ mềm hoặc bở, không có sẹo xơ trong mô u. Về vi thể, mô u thường đa cấu trúc, có thể gồm mẫu dải, bở, ống, dạng tuyến nang hoặc tách biệt. Tế bào u đa diện, bào tương rộng, ứu toan, nhân nhỏ đều. Lưới mạch mảnh rất phong phú trong mô u. Kết luận: đặc điểm đại thể và vi thể trong nhiều trường hợp có thể giúp ích cho chẩn đoán.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào thận (UTBM tb thận), u tế bào lớn ứu toan,

### RÉSUMÉ

Oncocytome du rein est souvent bénigne et très rare et parfois distinguant difficile à carcinome rénal à type cellule claire, eosinophile. 3 cas d'Oncocytome du rein sont rapportés les caractères macroscopiques et microscopiques. Résultats: en macroscopiquement, la tumeur est bien limitée, souvent localisant dans un seul rein avec 2,5 à 5 cm à la dimension moyenne avec la densité molle, friable, pas de scare fibreux. En microscopiquement, les cellules tumorales peuvent composer des modèles rubanés, trabéculaires, tubulaires, acineux ou isolés. Les cellules tumorales sont polyédriques à cytoplasme abondant, éosinophile. Les noyaux sont souvent petits, réguliers. Le réseau vasculaire est abondant et éfilé dans la tumeur. Conclusion: Dans la plupart de cas, les caractères macroscopiques et microscopiques peuvent aider à confirmer le diagnostic.

**Mots clés:** carcinome de cellules rénales (RCC), oncocytome.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào lớn ứu toan (oncocytoma) của thận là một loại u lành tính, chiếm khoảng 5% các ung thư biểu mô thận được phẫu thuật. U thường khó phân biệt với ung thư biểu mô tế bào thận (Renal Cells Carcinoma) trên lâm sàng và vi thể chẩn đoán phân biệt trước điều trị không phải khi nào cũng dễ dàng [1]. Bệnh được phát hiện vào giữa những năm 60- 70 của thế kỷ 20, gặp chủ yếu ở độ tuổi 50-70 [3],[7]. Tỷ lệ nam: nữ là 2:1, tương tự như trong ung thư biểu mô tế bào thận.

Khoảng 80% trường hợp u tế bào lớn ứu toan không biểu hiện triệu chứng lâm sàng hoặc có chăng chỉ là một số dấu hiệu không đặc trưng [7]. Trường hợp khối u lớn có thể nổi gồ lên ở vùng mạng sườn hoặc vùng bụng. Đôi khi có tăng huyết áp, đái máu hoặc đau vùng thắt lưng [5],[2],[5],[6].

Về đại thể, u có màu nâu nhạt, tương tự như vỏ thận, hoặc màu nâu đậm (màu gụ). Thận bị bệnh thường chỉ có một u nhưng cũng có thể xuất hiện nhiều u ở cả 2 bên thận trong trường hợp bệnh do di truyền và trong hội chứng BIRT-Hogg Dube (phối hợp với ung thư biểu mô tế bào thận typ kỳ màu (chromophobe) [7]. Dấu hiệu đại thể đặc trưng của bệnh là trung tâm u có dạng vết sẹo xơ hình sao (thường ở những khối u lớn) gặp trong 33% các trường hợp [5]. 20% trường hợp có xuất huyết. Ngoài ra, oncocytoma có thể phối hợp với ung thư biểu mô tế bào thận hoặc có thể biểu hiện như là một dạng u lai ghép [8].

Oncocytoma được cho là có nguồn gốc từ các tế bào kẽ typ A của đoạn ống góp, gồm các tế bào lớn, đa diện, tạo thành từng ổ, đám giống dạng tuyến nang giàu ty thể ứu toan (eosin) [6], tương tự biến thể ứu toan trong ung thư biểu mô tế bào thận typ kỳ màu (chromophobe) nhưng âm tính khi nhuộm chất sắn dạng keo của Hale [4].

Do cả về đại thể và vi thể, thường u tế bào lớn ưa toan có một số đặc điểm trùng hợp với một số typ ung thư biểu mô tế bào thận khác nên việc nghiên cứu chi tiết đặc điểm giải phẫu bệnh của tổn thương là cần thiết nhằm tránh những chỉ định điều trị không cần thiết, hoặc tránh việc xử lý không triệt để trong trường hợp hiếm gặp u tế bào lớn ưa toan có thể phối hợp trên cùng một thận với typ khác của ung thư biểu mô tế bào thận.

## BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH

### 1. Báo cáo bệnh án.

Bảng 1: Tóm tắt bệnh án

	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2	Bệnh nhân 3
Giới	Nam	Nữ	Nam
Tuổi	57	66	45
Triệu chứng cơ năng			
Huyết áp (mmHg)	140/80	140/80	130/80
Đau thắt lưng	+ (có)	+	-
Đái máu	-(không)	+	-
Triệu chứng thực thể			
Chạm thận	-	-	-
Cận lâm sàng: Chụp UIV, Siêu âm, Chụp cắt lớp vi tính			
Chức năng thận	Bình thường	Bình thường	Bình thường
Giãn đài bể thận	-	-	-
Nhu mô thận	Bình thường	Bình thường	Bình thường
Đặc điểm u	Dài đậm âm, ranh giới rõ, có nốt vôi hoá nhỏ	Khối đặc, ranh giới rõ, lõi ra vùng bao thận	Khối giảm âm, ranh giới rõ
Chẩn đoán trước mổ	U thận, nghi UTBM tế bào thận	U thận, nghi UTBM tế bào thận	U thận, nghi UTBM tế bào thận

### 2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

#### 2.1. Đại thể

Bảng 2: Đặc điểm đại thể

Đặc điểm u	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2	Bệnh nhân 3
Kích thước thận	12x8x2,5 cm	8x5x3 cm	13x6x6 cm
Thận tổn thương	Thận trái	Thận trái	Thận phải
Vị trí u	Sát đài bể thận	Cực dưới	Cực trên
Kích thước u	2,5x2,5x5 cm	ĐK 3,5 cm	ĐK 5 cm
Số lượng	1	1	1
Ranh giới	rõ	rõ	rõ
Mật độ	Mềm	Mềm	Bở
Màu sắc	Nâu vàng	Nâu nhạt	Nâu vàng
Sẹo xơ	-	-	-
Chảy máu trong u	-	-	-
Hoại tử u	+	-	-
U kèm theo	-	-	-
Hạch kèm theo	-	-	-

Kích thước thận bình thường, u nằm ở 1 bên thận, trong đó 2 BN có u ở thận phải, kích thước từ 2,5 đến 5 cm đường kính, ranh giới rõ, mật độ mềm, màu vàng nhạt hoặc vàng nâu.

#### 2.2. Vi thể

Bảng 3: Đặc điểm vi thể

Đặc điểm u	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2	Bệnh nhân 3
Cấu trúc u	Dây, ống, đảo, bè	Dây, ống, đảo, nang tuyến	Rời rạc, dây, nang tuyến
Xâm lấn	-	-	-

Tế bào	Đa diện	Đa diện	Đa diện
Bào tương	Rộng, ưa toan	Rộng, ưa toan	Rộng, ưa toan
Nhân	Nhỏ, đều	Nhỏ, đều	Nhỏ, đều
Khe mạch	Xen kẽ	Xen kẽ	Xen kẽ, ít
Chảy máu	-	-	-
Thoái hóa	+	-	-
Viêm	-	Viêm mạn	Viêm mạn

Mô u có thể có cấu trúc dây, bè, ống, đảo hoặc dạng tuyến nang nhưng cũng có thể đứng rời rạc. Tế bào u hình đa diện, bào tương rộng, ưa toan, nhân nhỏ đều. Xen kẽ tế bào u và mô đệm là các khe mạch. 2 trường hợp có kèm theo viêm thận mạn tính.

### BÀN LUẬN

- Về lâm sàng: kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh oncocytoma thận và các đặc điểm về tuổi và giới đều phù hợp với thống kê chung và các nghiên cứu trước đây của Perez-Ordóñez B [7], Jung I.K.[4], Marie D.[6] cùng một số báo cáo khác trong y văn thế giới. Điều khác biệt trong nghiên cứu này là lý do người bệnh đến khám chủ yếu là do đau vùng thắt lưng, chỉ có 1 trường hợp không có triệu chứng, trong khi theo Perez-Ordóñez B [7], có tới 80 % người bệnh không có triệu chứng, 4% bị đau thắt lưng, và 3% có đái máu.

Trường hợp một BN có đái máu trong nghiên cứu của chúng tôi có liên quan đến viêm thận kẽ mạn tính (bảng 3). Huyết áp của các BN đều bình thường, thăm khám lâm sàng không có dấu hiệu thận to. Các kết quả xét nghiệm đánh giá chức năng thận đều bình thường, đài bể thận và niệu quản không giãn. Kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cho thấy có khối u thận và đều nghĩ đến ung thư biểu mô tế bào thận, vì vậy đã chỉ định phẫu thuật cắt thận.

- Về đại thể: U nằm ở 1 bên thận, trong đó 2 trường hợp u ở thận phải và 1 ở thận trái. U có thể nằm ở cực trên, cực dưới hoặc sát đài bể thận, cả 3 trường hợp đều chỉ có 1 u và không có kèm theo ung thư tế bào thận như trường hợp báo cáo của Rowsell C [8]. Trong các nghiên cứu trước đây, tỉ lệ u ở cả 2 bên thận hoặc có nhiều u là rất thấp, theo Perez-Ordóñez B. và cộng sự [7], tỉ lệ này tương ứng là 4% và 13% trong số các trường hợp oncocytoma thận. Kích thước u từ 2,5 đến 5cm đường kính, tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ, không xâm lấn vào mô thận và chèn ép đài bể thận, có lẽ vì vậy mà huyết áp và chức năng thận ở cả 3 trường hợp nghiên cứu đều bình thường. Các u có màu nâu nhạt hoặc nâu vàng, mật độ mềm hoặc bở, trong đó có 1 u có hiện tượng thoái hóa trung tâm, tuy nhiên không thấy hình ảnh sẹo xơ hình sao như một số tác giả đã mô tả [4],[6],[7], có lẽ là do khối u chưa đủ lớn để tạo nên hình ảnh này. Ngoài ra không thấy chảy máu, nang hoá hoặc hạch kèm theo.

- Về vi thể: U gồm các tế bào hình đa diện có nguồn gốc từ tế bào kẽ typ A thuộc phần ống góp với bào tương tế bào u rộng, ưa toan, nhân nhỏ, đều, nằm ở giữa tế bào. Các đặc điểm tế bào u như mô tả hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy tế bào u là một hỗn hợp của nhiều loại tế bào, phổ biến nhất là oncocyte kinh điển, bao gồm các tế bào tròn hoặc đa giác với bào tương rộng ưa toan và hạt nhân tròn, nhỏ với chất nhiễm sắc dạng hạt phân tán đồng

đều [4],[4]. Ngoài ra còn có một số tế bào với bào tương ít hạt, nhân sáng hoặc nhân thẫm màu.[2]. Trong nghiên cứu của Perez-Ordóñez B. [7], Eble JN.[2], các tế bào u sắp xếp chủ yếu thành ổ hoặc chùm nang trên nền mô đệm có thoái hoá trong (thoái hóa dạng kính); trong khi cả 3 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các tế bào u sắp xếp chủ yếu thành dây tế bào, đôi khi, chúng có thể tạo thành ống, đảo, bè hay dạng tuyến nang, thậm chí đứng rời rạc (1BN), xen kẽ là mô đệm với các khe mạch. Trong các nang tuyến không chứa hồng cầu như Eble JN.[2] đã mô tả. Các tế bào u không xâm lấn vào mô thận mà có ranh giới rõ với mô thận bình thường. Trong số 3 BN, chỉ 1 trường hợp có kèm theo đám thoái hóa tế bào u. Hai trường hợp còn lại có ngấm các lymphocyte ở vùng mô đệm u và một số dấu hiệu khác của viêm thận kẽ mạn tính. Đặc điểm này ít được các tác giả nghiên cứu trước đây đề cập đến.

#### KẾT LUẬN

3/67 trường hợp oncocytoma của thận được phẫu thuật lấy u thận tại bệnh viện Việt Đức năm 2011 đã cho kết quả sau:

- Tỷ lệ oncocytoma thận trên số trường hợp thận có u đã được phẫu thuật là 4,5%, tỉ lệ nam:nữ là 2:1, tuổi từ 45 đến 66 tuổi.

- Triệu chứng ban đầu là đau vùng thắt lưng, đái máu nhưng cũng có trường hợp không có triệu chứng; bệnh được phát hiện một cách tình cờ.

- U xuất hiện đơn độc ở 1 bên thận, có thể ở thận phải hoặc trái, ở cực trên, cực dưới hoặc sát đài bể thận. Đường kính từ 2,5 đến 5 cm, tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ, không xâm lấn vào mô thận và chèn ép đài bể thận, có màu nâu nhạt hoặc nâu vàng, mặt độ mềm hoặc bở.

- Tế bào u hình đa diện với bào tương rộng, ưa toan, nhân nhỏ, đều, nằm ở giữa tế bào, sắp xếp chủ yếu thành dây tế bào. Ngoài ra, chúng có thể tạo thành ống, đảo, bè hoặc dạng tuyến nang, thậm chí đứng rời

rạc, xen kẽ là mô đệm với các khe mạch, kèm theo có viêm thận kẽ mạn tính.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Demetrios R., Konstantinos T. and Anastasios T., (2006). A rare case of renal oncocytoma associated with erythrocytosis: case repor. *BMC Urology*, 6:26 doi:10.1186/1471-2490-6-26

2. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, et al, (2004). Pathology and genetics of tumors of urinary system and male genital organs. World health organization classification of tumors. Lyon, France: IARC Press.

3. Geramizadeh B, Ravanshad M, Rahsaz M, (2008). Useful markers for differential diagnosis of oncocytoma, chromophobe renal cell carcinoma and conventional renal cell carcinoma. *Indian J Pathol Microbiol*;51:167-71

4. Jung Im Kim, MD, Jeong Yeon Cho, MD, Kyung Chul Moon, MD, Hak Jong Lee, MD and Seung Hyup Kim, MD, (2009). Benign Renal Neoplasms in Adults: Cross-Sectional Imaging Findings. *Radiology*, 252, 441-448.

5. Kovacs G, Akhtar M, Beck with BJ., (1997). The Heidelberg classification of renal cell tumor. *J Pathol*. 183:131-3.

6. Marie D., Rajiv D., Sheldon I.B., Kathleen M.C., Marie B.A., Carol R.S., Tracy L. M. and Anil V.P., (2010). <http://www.diagnosticpathology.org/content/5/1/32/> - ins2Renal oncocytoma: a comparative clinicopathologic study and fluorescent in-situ hybridization analysis of 73 cases with long-term follow-up. *Pathology*, 5:32 doi:10.1186/1746-1596-5-32.

7. Perez-Ordóñez B, Hamed G, Campbell S, Erlanson RA, Russo P, Gaudin PB, Reuter VE., (1997). Renal oncocytoma: a clinicopathologic study of 70 cases. *Am.J.Surg.Pathol*.21:871-883

8. Rowsell C, Fleshner N, Marrano P, Squire J, Evans A, (2007). Papillary renal cell carcinoma within a renal oncocytoma: case report of an incidental finding of a tumour within a tumour. *J Clin Pathol*; 60:426 -428