

U THẬN VÀ ĐƯỜNG BÀI TIẾT TRÊN BỆNH NHÂN SỎI THẬN

Hoàng Long*

Lê Nguyên Vũ*

Vũ Nguyễn Khải Ca*

TÓM TẮT

Trong năm 2006, Khoa Tiết niệu Bệnh viện Việt Đức đã điều trị phẫu thuật cho 10 bệnh nhân (BN) (7 nam, 3 nữ) sỏi thận phối hợp với bệnh lý u thận và u đường bài tiết phát hiện trước và trong mổ. Biểu hiện đau thắt lưng gặp 100%, đái máu 20%, đái buốt, đái rắt 30%. Tuổi trung bình $65,67 \pm 7,30$. Không có BN nào có đủ 3 triệu chứng kinh điển (đau thắt lưng, đái máu, khám thấy u thận). Cận lâm sàng: 8/10 BN có tỷ lệ máu lắng trung bình cao 93 ± 10 , không BN nào có biểu hiện suy thận, thiếu máu. Siêu âm: 8 trường hợp phát hiện sỏi (6 sỏi thận, 2 sỏi bể thận và niệu quản), 2 trường hợp còn lại phát hiện được sỏi thận trên thận có u. 8 trường hợp chẩn đoán trước mổ thận ứ nước và 2 thận mất chức năng do sỏi. 2/4 trường hợp chụp cắt lớp vi tính phát hiện được đồng thời sỏi thận và u bể thận. Trong mổ kiểm tra các trường hợp sỏi thận thấy có u thận hoặc u của bể thận đều tiến hành cắt thận ngay. Giải phẫu bệnh: 6 trường hợp ung thư tế bào sáng của thận và 4 ung thư biểu mô đường tiết niệu. Các u đường tiết niệu là hậu quả của nhiễm trùng mạn tính đài bể thận do sỏi thận hay u gây biến chứng tắc nghẽn bể thận tạo sỏi thận. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt thận có u và sỏi. Cần theo dõi định kỳ sau phẫu thuật ở tất cả các BN và cần chú ý việc phát hiện sớm các khối u tái phát hoặc có di căn xa.

* Từ khoá: Sỏi thận; Ung thư thận.

KIDNEY AND URINARY TRACT CANCER ON RENAL CALCULUS PATIENTS

Hoang Long

Le Nguyen Vu

Vu Nguyen Khai Ca

SUMMARY

In 2006, at Urology Department, Vietduc Hospital, we operated 10 cases of renal calculus (7 males, 3 females) collaboration with kidney and urinary tract cancer, that are discovered before and in surgery. Detect this cancer is accidental, loin pain: 100%, hematuria: 20%, urinary stammering: 30%. Age mean: 65.67 ± 7.30 . No patient had 3 classic symptoms (loin pain, hematuria, touch nephroma). Investigation: 8/10 cases had high VSS mean 93 ± 10 , no patient had manifestation of kidney failure or anemia. Diagnosis before surgery in ultrasound, we discovered 8 cases with renal calculus (6 cases with kidney stone, 2 cases with renal pelvis and ureter stone), and 2 cases with renal calculus collaboration with kidney cancer, 8 cases with hydronephrosis, and 2 cases with kidney dysfunction due to stone. In CT - Scanner, 2/4 cases are discovered simultaneously kidney stone and renal pelvis cancer. All kidney stone collaboration with nephroma or renal pelvis cancer cases that had discovered in surgery were treated by nephrectomy. In biopsy, 6 cases are renal cell carcinoma and 4 cases are urothelial cell carcinoma. Renal cell carcinoma and urothelial cell carcinoma are the result of chronic infection of kidney stone or the complication of tumor with urinary tract congestion cause kidney stone, however defining what is the cause and what is the consequence is not concluded. All this cases were treated by nephrectomy. Tracking recurrence after surgery should be done in all patients, attention to early detection of tumor recurrence or metastatic.

* Key words: Renal calculus; Renal cell carcinoma.

* Bệnh viện Việt Đức

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thận chiếm 2 - 3% tổng số các u ác tính ở người lớn và đứng thứ 3 trong số các ung thư hệ tiết niệu. Biểu hiện, diễn biến của ung thư thận thường kín đáo và đa dạng. Trước năm 1980, phần lớn ung thư thận được chẩn đoán muộn khi đã có triệu chứng lâm sàng khối u thận. Hiện nay, nhờ chẩn đoán hình ảnh sớm, gần 40% ung thư thận được phát hiện tình cờ khi chưa có triệu chứng. Kích thước khối u khi chẩn đoán cũng giảm dần, 80% khối u được phát hiện tình cờ còn nằm trong bao thận. Trong năm 2006, đã điều trị phẫu thuật cho 10 BN sỏi thận phối hợp với bệnh lý u thận, xem xét lại đặc điểm lâm sàng, tổn thương trong mổ và đối chiếu với giải phẫu bệnh. Qua đó nêu lên một số nhận xét để góp phần vào phát hiện và điều trị sớm loại hình bệnh lý này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

10 BN được chẩn đoán trước, trong mổ có bệnh lý u thận, u đường bài tiết kèm theo sỏi thận - niệu quản và phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 2 - 2006 đến tháng 12 - 2006.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu mô tả và ghi nhận các nội dung sau:

- + Đặc điểm chung về tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, thời gian mổ...
- + Đặc điểm bệnh lý: tiền sử mắc bệnh, thời gian mắc bệnh, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng (đau thắt lưng, đái máu, đái buốt, đái rắt, thận to) các triệu chứng cận ung thư (mệt mỏi, gày sút, thiếu máu...).
- + Kết quả cận lâm sàng:
 - Xét nghiệm máu: công thức máu, xét nghiệm sinh hoá máu...
 - Chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị phát hiện sỏi thận - niệu quản.
 - Chụp tĩnh mạch đồ (UIV) đánh giá chức năng và hình thái của thận.
 - Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính: phát hiện sỏi, u thận, mức độ thận ú nước, máu cục trong thận, tính chất khối u, mức độ xâm lấn các tạng xung quanh...
- + Kết quả giải phẫu bệnh: đánh giá bản chất tổn thương và phân loại khối u.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

10 BN gồm 7 nam và 3 nữ. 2 trường hợp được chẩn đoán u thận kèm theo sỏi thận trước mổ, 8 BN phát hiện tổn thương u trong mổ.

Tuổi trung bình $65,67 \pm 7,30$ (từ 46 đến 76 tuổi).

* Triệu chứng lâm sàng khi vào viện:

Đau thắt lưng: 10 (100%); đái máu: 2 BN (20%); đái buốt, đái rắt: 3 BN (30%); sốt: 3 BN (30%).

* Các xét nghiệm máu trước mổ: ure máu (mmol/l): $5,65 \pm 1,25$; hồng cầu (triệu/ m^3): $4,54 \pm 0,58$; bạch cầu (nghìn/ m^3): $9,58 \pm 2,75$; máu lắng trung bình: $82,10 \pm 16,02$.

Bảng 1: Chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị và chụp UIV.

LOẠI SỎI	n = 8
Sỏi bể thận và niệu quản	2
Sỏi thận	6

Bảng 2: Chức năng của thận trên phim chụp UIV.

UIV	n = 8
Không ngấm thuốc sau 180 phút	3
Ngấm thuốc kém sau 90 phút	5

Bảng 3: Siêu âm trước mổ.

SIÊU ÂM	n = 10
Sỏi bể thận và niệu quản	2
Sỏi thận	6
U thận - sỏi thận	2
Thận ứ nước độ III, IV	7

2/4 BN chụp cắt lớp vi tính phát hiện được đồng thời sỏi thận và u bể thận giống như kết quả chẩn đoán trên siêu âm và 2 BN phát hiện thận ứ nước mất chức năng do sỏi.

* *Tình trạng tổn thương thận trong mổ:* thận căng to, ứ nước giãn mỏng: 5 BN (50%); thận to, nhu mô còn dày: 1 BN (10%); thận ứ mủ: 4 BN (40%); u chưa phá vỡ bao thận: 9 BN (90%); u đã phá vỡ bao thận: 1 BN (10%).

Tổn thương u thận đánh giá trong mổ đều đã phát triển vào đường bài tiết ở trên vị trí sỏi gây tắc nghẽn. 8 BN phát hiện thấy tổn thương u trong mổ sau khi đã lấy sỏi, kiểm tra thận và đường bài tiết.

* *Kết quả giải phẫu bệnh:* ung thư biểu mô tế bào sáng của thận: 6 BN (60%); ung thư biểu mô đường tiết niệu: 4 BN (40%).

BÀN LUẬN

Ung thư thận được phát hiện tình cờ ở BN có những bệnh lý khác như nang thận, chấn thương thận, lao thận và trên bệnh lý sỏi đã được một số tác giả trên thế giới đề cập đến trong y văn [1, 4, 5, 7]. Tuy nhiên, đến nay số lượng các báo cáo này chưa nhiều. Tại Việt Nam, từ năm 1990, Nguyễn Bửu Triều đã công bố 24 trường hợp ung thư tế bào thận, trong đó 1 trường hợp ung thư thận kết hợp với ung thư bàng quang (BQ), 2 trường hợp sỏi BQ, 1 trường hợp sỏi thận, thận ứ mủ, 2 trường hợp nang thận [1].

8/10 trường hợp trong nghiên cứu này là ung thư thận được phát hiện trong lúc phẫu thuật. Phần lớn BN đến khám với bệnh cảnh lâm sàng của sỏi đường tiết niệu, tình cờ phát hiện ung thư. Tất cả các trường hợp đều bị đau thắt lưng với một số triệu chứng khác đặc trưng cho bệnh lý sỏi thận như thận ứ nước hay ứ mủ. Đái máu chỉ gặp ở 2/10 BN, biểu hiện thoáng qua có thể do sỏi là nguyên nhân ung thư [4]. Không có BN nào biểu hiện đủ cả 3 triệu chứng kinh điển (đau thắt lưng, đái máu, khám thấy u thận). Có thể nói các triệu chứng ở đây không đặc trưng cho những loại hình bệnh riêng lẻ. 3 BN có biểu hiện nhiễm trùng tiết niệu do sỏi tiết niệu gây ra. Đa số BN đều có tốc độ máu lắng cao hơn mức trung bình. Các biểu hiện này phản ánh tình trạng nhiễm trùng thận tiềm tàng do sỏi gây tắc nghẽn hơn là biểu hiện của ung thư đường tiết niệu hay ung thư thận.

X quang hệ tiết niệu trước mổ phát hiện sỏi thận làm cho việc chẩn đoán hướng vào bệnh lý sỏi là chủ yếu. 8/10 BN bị sỏi thận, 2 trường hợp sỏi bể thận - niệu quản. 8 trường hợp chụp UIV đều có biểu hiện giảm và mất chức năng thận. Do đó, hình ảnh tổn thương của u thận và đường bài tiết trên sỏi bị che lấp bởi hình ảnh của sỏi thận, chỉ định mổ là lấy sỏi hoặc cắt thận.

Siêu âm là phương tiện tốt cho chẩn đoán sỏi thận cũng như u thận hay u đường tiết niệu. Tuy nhiên, theo các tác giả trên thế giới siêu âm chỉ phát hiện được u lớn và không xác định được mức độ xâm lấn của u. Chẩn đoán dương tính của siêu âm > 80% đối với u có đường kính > 3 cm. Đối với những u nhỏ, đặc biệt u đường bài tiết đài bể thận thì giá trị chẩn đoán của siêu âm bị hạn chế. Mặt khác, khó đánh giá các tổn thương u ở BN có sỏi thận kết hợp. Chính đặc điểm cản âm của sỏi, tình trạng ứ nước thận, đặc biệt là ứ mủ thận sẽ làm giảm khả năng phát hiện tổn thương u đi kèm.

Chụp cắt lớp vi tính có khả năng phát hiện tổn thương u ở BN có sỏi tiết niệu đi kèm với độ chính xác cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chỉ có 2/4 trường hợp chụp cắt lớp vi tính phát hiện được u bể thận, 2 trường hợp còn lại là thận ứ nước mất chức năng do sỏi. Nguyên nhân là do thận ứ nước căng to nhu mô giãn mỏng nên khó đánh giá được các tổn thương u đường bài tiết của đài bể thận giãn trước mổ, khi kiểm tra trong mổ mới phát hiện thấy tổn thương u nhỏ và nông của đài bể thận.

Kết quả giải phẫu bệnh: 6 BN ung thư tế bào sảng của thận, 4 BN ung thư biểu mô đường bài tiết. Theo Harold M [6], > 50% ung thư tế bào vảy liên quan đến viêm nhiễm và sỏi, với ung thư biểu mô tuyến thì nguy cơ này thấp hơn. Một trong những nguyên nhân của u đường bài tiết trên là nhiễm trùng mạn tính đài bể thận do sỏi hoặc tắc nghẽn mạn tính đường tiết niệu trên [2, 3]. Hơn nữa, ung thư biểu mô đài bể thận sau sỏi thận và nhiễm khuẩn tiết niệu mạn tính do ký sinh trùng *Schistosomia* chủ yếu ở BQ cũng có một tỷ lệ nhất định [3]. Các u đường bài tiết có thể là hậu quả của nhiễm trùng mạn tính đài bể thận do sỏi thận, hay do u gây biến chứng tắc nghẽn đường bài tiết hình thành nên sỏi thận, để đưa ra được kết luận chính xác cần phải có phân tích sâu hơn giữa sỏi và u, đâu là nguyên nhân và đâu là hậu quả. Tất cả BN đều được phẫu thuật. Các trường hợp sỏi thận được mổ với chỉ định lấy sỏi hay cắt thận mất chức năng, kiểm tra thấy có u thận hoặc u bể thận đều tiến hành cắt thận ngay thay vì lấy sỏi đơn thuần.

KẾT LUẬN

U thận và u đường bài tiết có thể xảy ra đồng thời trên BN có sỏi thận niệu quản. Chẩn đoán khó khăn vì ít gặp, các tổn thương u thường nhỏ và bị che lấp do sỏi gây tắc nghẽn và biến chứng tại thận. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán sẽ làm tăng khả năng phát hiện bệnh.

Điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt thận có u và sỏi thận. Cần theo dõi định kỳ sau phẫu thuật ở tất cả BN, chú ý phát hiện sớm các khối u tái phát hoặc có di căn xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Như Bằng, Lê Ngọc Từ, Phùng Ngọc Hoà. Ung thư thận. Nhận xét lâm sàng và giải phẫu bệnh. Ngoại khoa. 1990, 6, tr.19-22.
2. Tô Hoài Phương. Góp phần chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô đài bể thận tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội. 2002.

3. *Nguyễn Thế Trường*. Nghiên cứu chẩn đoán xác định và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tế bào thận ở người lớn. Luận văn Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2004.

4. *Lê Đình Khánh, Nguyễn Văn Thuận, Cao Xuân Thành*. Ung thư thận và bể thận trên bệnh nhân sỏi thận san hô: nhân 9 trường hợp. Y học Việt Nam. 2005, 313, tr.781-787.

5. *Devarajan R, Cox P, Arkell*. Incidental renal cell carcinoma with renal calculus disease: a series of five cases. BJU Int. 1999, 84, pp.1104-1106.

6. *Harold M, Reed M, Nathaniel DR*. Horseshoe kidney with simultaneous occurrence of calculi, transition cell and squamous cell carcinoma. Urology. 1984, 23, pp.62-64. [Medline].

7. *Joseph EE, Oesterling, Lindsey A*. Branched, struvite calculus and clear cell carcinoma in same kidney. Rare condition with significant implications for management. Urology. 1990, 36, pp.273-276. [Medline].