

ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO THẬN BẰNG PHẪU THUẬT

Hồ Hữu Thiện¹, Phạm Như Hiệp¹, Mai Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của điều trị u nguyên bào thận bằng phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu bao gồm 18 bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận và được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa Ngoại Nhi-Cấp cứu bụng Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2010- 1/2015.

Kết quả: Tuổi trung bình 37,3 tháng, tỷ lệ nam/nữ: 1,25/1, triệu chứng thường gặp nhất là bụng to 88,9%, khối u ở thận phải 62%, ở thận trái 38%, 77,8% bệnh nhân được điều trị theo phác đồ u nguyên bào thận quốc gia của Mỹ, 22,2% được điều trị theo phác đồ ung thư nhi khoa quốc tế. Thời gian mổ trung bình là 110 ± 25 phút, thời gian nằm viện là $6,2 \pm 0,3$ ngày. 33,3% trường hợp tổ chức học thuận lợi, 55,6% trường hợp tổ chức học trung gian, 11,1% trường hợp tổ chức học không thuận lợi. 11,1% bệnh nhân tái phát trong năm đầu tiên, 5,55% bệnh nhân tử vong. Tỷ lệ sống sau 2 năm là 94,45%.

Kết luận: Điều trị u nguyên bào thận bằng phương pháp phẫu thuật cho kết quả khả quan, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: phẫu thuật, u nguyên bào thận

ABSTRACT

THE SURGICAL TREATMENT OF NEPHROBLASTOMA

Ho Huu Thien¹, Pham Nhu Hiep¹, Mai Trung Hieu¹

Objective: Evaluation of feasibility, safety and effectiveness of surgical treatment of nephroblastoma.

Material and methods: Retrospective collected data from 18 patients, who underwent surgical treatment in nephroblastoma at Pediatric and Abdominal Emergency Surgery Department, Hue Central Hospital from January 2010 to January 2015.

Result: Age average 37.3 months, male/female 1.25/1, the most common symptom was adominal mass 88.9%, right kidney tumor was 62%, left kidney tumor 38%. 77.8% patients were treated with National Wilms Tumor Study protocol, 22.2% patients were treated with International Society of Paediatric Oncology protocol. Average operating time was 110 ± 25 minutes. Hospital stay was 6.2 ± 0.3 days. 33.3% patients were favorable histology, 55.6% patients were intermediate histological and 11.1% patients were unfavorable histology. Recurrent rate 11.1% in the first year, death rate 5.55%. Survival rate after 2 years is 94.45%.

Conclusion: Surgical treatment of nephroblastoma is feasibility, safety and effectiveness.

Key words: Surgical treatment, nephroblastoma

1. Khoa Ngoại Nhi- Cấp cứu bụng, Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 15/7/2015 ; Ngày phản biện (revised): 24/7/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 15/8/2015
- Người phản biện: Phạm Nguyên Tường
- Người phản hồi (Corresponding author): Mai Trung Hiếu
- Email: hieudh125@gmail.com

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thận (còn gọi là u Wilm) là loại khối u ác tính hay gặp nhất trong số các khối u nguyên phát của thận ở trẻ em. Tại Hoa Kỳ tỷ lệ mắc hàng năm của u Wilm là 7,5/1.000.000 trẻ em dưới 15 tuổi, chiếm 6% các loại ung thư trẻ em [2]. Bệnh gặp ở cả hai giới, tỷ lệ nam/nữ là 0,92/1. Bệnh có thể biểu hiện một bên hoặc ở cả hai bên thận với tỷ lệ 5-10% các trường hợp. Bệnh thường xuất hiện ở trước tuổi đi học với tuổi trung bình đối với mắc một bên là 41,5 tháng ở nam, 46,9 tháng ở nữ. Đối với bệnh ở hai bên, tuổi xuất hiện trung bình là 29,5 tháng ở nam và 32,6 tháng ở nữ. Theo ghi nhận tại Viện Nhi TW Hà Nội, u Wilm chiếm khoảng 2% tổng số các ung thư trẻ em [1].

Trên thế giới việc nghiên cứu điều trị ung thư trẻ em nói chung và u nguyên bào thận nói riêng trong nhiều năm qua đã cho những kết quả rất tốt. Điều trị u nguyên bào thận bao gồm phẫu thuật, hóa chất và xạ trị tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh cũng như tính chất mô bệnh học. Có 2 cách điều trị được áp dụng rộng rãi trên thế giới là theo SIOP (Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique : Hội ung thư nhi khoa quốc tế) chủ trương điều trị hóa chất trước phẫu thuật để giảm tai biến trong phẫu thuật, giảm nhẹ điều trị sau phẫu thuật nhằm giảm tai biến, biến chứng muộn. Hoặc NWTSS (National Wilm's Tumor Study: Nhóm nghiên cứu u nguyên bào thận quốc gia của Mỹ) chủ trương phẫu thuật là can thiệp đầu tiên để đảm bảo chẩn đoán chính xác và điều trị phù hợp với tình trạng bệnh. Mỗi cách tiếp cận điều trị đều có những ưu nhược điểm riêng khi áp dụng trong thực tế điều trị cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của điều trị u nguyên bào thận bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 18 bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa Ngoại Nhi - Cấp cứu Bụng, Bệnh viện Trung ương Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh.

Các bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận ở các giai đoạn I, II, III.

Tiêu chuẩn loại trừ.

Các bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thận nhưng ở giai đoạn muộn IV, V hoặc đã có di căn đã được điều trị hóa chất nhưng không thể phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2010 – 1/2015.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Nghiên cứu lâm sàng và cận lâm sàng:

Số lượng bệnh nhân, phân bố về tuổi, giới, vị trí của khối u và các triệu chứng lâm sàng, kích thước của khối u.

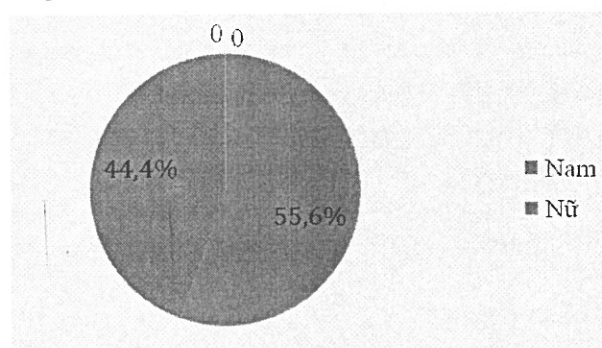
Phân chia giai đoạn trước và sau phẫu thuật, tính chất mô bệnh học.

Đánh giá kết quả điều trị, các yếu tố tiên lượng và ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Medcalc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 37,3 tháng, nhỏ nhất là 6 tháng và lớn nhất là 10 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân nam (55,6%), 8 bệnh nhân nữ (44,4%). Sự phân bố về giới được thể hiện qua hình 3.1



Hình 3.1: Sự phân bố về giới.

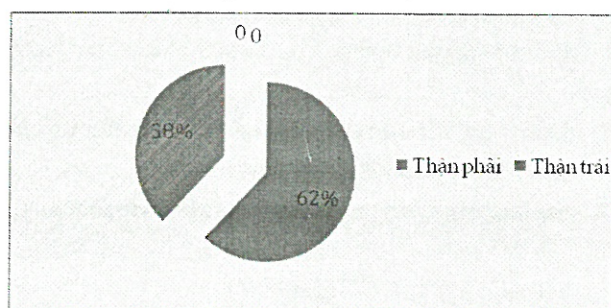
Tỷ lệ Nam/ Nữ : 1,25/1.

Bụng to là triệu chứng lâm sàng nổi bật nhất có 16 trường hợp (88,9%), trong khi đó triệu chứng sụt cân có 5 trường hợp (27,7%). Các triệu chứng lâm sàng được ghi nhận ở bảng 3.1.

Bảng 3.1. Các triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Bụng to	16	88,9
Đau bụng	13	72,2
Đái máu	6	33,3
Sốt	6	33,3
Buồn nôn, nôn	11	61,1
Sụt cân	5	27,7
Tăng huyết áp	6	33,3

Có 11 trường hợp (62%) khối u nằm ở thận phải, 7 trường hợp khối u nằm ở thận trái (38%), khối u ở thận phải/ thận trái: 1,57/1. Không có trường hợp nào khối u xuất hiện cả hai bên thận.



Hình 3.2 Vị trí của khối

Kích thước của khối u trên hình ảnh siêu âm là $4,8 \pm 0,5$ cm trong đó kích thước lớn nhất là 7,5cm và nhỏ nhất là 3,5cm. 100% bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và cho kết quả tương ứng. Chẩn đoán giai đoạn trước mổ dựa vào hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính.

Bảng 3.2. Chẩn đoán giai đoạn trước mổ.

Giai đoạn	N	%
I	6	33,3
II	9	50
III	3	16,7

Có 9 trường hợp (50%) ở giai đoạn II và 3 trường hợp (16,7%) ở giai đoạn III. Có 4 trường hợp (22,2%) được chẩn đoán trước mổ là u nguyên bào thận quá giai đoạn phẫu thuật, đã được làm sinh thiết và điều trị tân bổ trợ hóa xạ trị nhằm mục đích giảm kích thước của khối u và giai đoạn của bệnh

sau đó được điều trị phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật là 110 ± 25 phút trong đó thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 85 phút và dài nhất là 165 phút. Có 3 trường hợp (16,7%) phải truyền máu trong mổ. Không có trường hợp nào phải phẫu thuật lại. Trọng lượng trung bình của khối u trong mổ là 560 ± 50 gam trong đó khối u nhỏ nhất là 470g và lớn nhất là 780g. Chẩn đoán giai đoạn trong mổ được ghi nhận ở bảng 3.3. Trong đó có 10 trường hợp (55,6%) ở giai đoạn II, 4 trường hợp (22,2%) ở giai đoạn I và 4 trường hợp (22,2%) ở giai đoạn III.

Bảng 3.3. Chẩn đoán giai đoạn trong mổ.

Giai đoạn	N	%
I	4	22,2
II	10	55,6
III	4	22,2

Có 14 trường hợp được rút dẫn lưu vào ngày thứ 2 sau mổ (77,8%), 4 trường hợp (22,2%) rút dẫn lưu vào ngày thứ 3 sau mổ. Có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (5,5%). Thời gian nằm viện sau mổ là $6,2 \pm 0,3$ ngày trong đó thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 10 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ bao gồm có 6 (33,3%) trường hợp tổ chức học thuận lợi (4 u nguyên bào thận dạng biểu mô biệt hóa cao), 10 (55,6%) trường hợp tổ chức học trung gian (u nguyên bào thận dạng biệt hóa ít), 2 (11,1%) trường hợp tổ chức học không thuận lợi (u nguyên bào thận không biệt hóa). Sau phẫu thuật có 3(16,7%) bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I, mô học thuận lợi và trọng lượng u nhỏ hơn 550g không cần điều hòa chất sau mổ. Chúng tôi theo dõi sau 3 và 6 tháng không ghi nhận có tái phát sau mổ, 15 (83,3%) trường hợp còn lại đều được chuyển sang trung tâm ung bướu để điều trị hỗ trợ sau mổ. Tất cả bệnh nhân được tái khám đều đặn sau 3 tháng và 6 tháng trong năm đầu tiên và 6 tháng trong những năm tiếp theo. Kết quả có 2 trường hợp (11,1%) tái phát tại chỗ sau 1 năm đầu tiên và 1 trường hợp (5,55%) ghi nhận có di căn phổi và tử vong trong 6 tháng đầu tiên. Tỷ lệ sống của bệnh nhân sau 2 năm đầu tiên theo dõi là 94,45%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ, tuổi, vị trí của khối u có kết quả tương tự như các báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước [1], [3], [6], [8]. Các triệu chứng thường gặp là các triệu chứng của khối u và của hệ tiết niệu trong đó bụng to chiếm tỷ lệ cao nhất 88,9% và đái máu 33,3%. Điều này cũng được ghi nhận trong các nguyên cứu của Nguyễn Bửu Triều [2] và Joseph M. Gleason [5]. Điều trị u Wilm hiện nay có 2 quan điểm khác nhau. Theo Hội Ung thư Nhi khoa quốc tế chủ trương điều trị hóa chất trước phẫu thuật nhằm mục đích giảm nhỏ kích thước của khối u sau đó phẫu thuật để hạn chế các tai biến cũng như các biến chứng trong và sau phẫu thuật dù khối u ở bất kì giai đoạn nào. Trong khi đó nhóm nghiên cứu u nguyên bào thận quốc gia của Mỹ chủ trương phẫu thuật là can thiệp đầu tiên đối với những trường hợp khối u ở giai đoạn sớm I, II có thể cắt bỏ hoàn toàn sau đó điều trị hỗ trợ sau mổ. Còn đối với những khối u ở giai đoạn muộn hơn III, IV, V cần phải điều trị hóa xạ trị trước, sau đó đánh giá lại xem có thể phẫu thuật cắt bỏ được khối u và thận được hay không [3], [4], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tùy thuộc vào việc đánh giá giai đoạn trước mổ dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để lựa chọn ra phác đồ điều trị phù hợp đối với những bệnh nhân cụ thể. Đối với những trường hợp u kích thước nhỏ, giai đoạn sớm chúng tôi lựa chọn phác đồ theo nhóm nghiên cứu u nguyên bào thận quốc gia của Mỹ, còn đối với những bệnh nhân ở giai đoạn muộn, kích thước u lớn và có di căn chúng tôi lại lựa chọn điều trị theo phác đồ Ung thư Nhi khoa quốc tế và kết quả nhận được khả quan. Cụ thể có 14 trường hợp chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật ngay từ đầu chiếm tỷ lệ 77,8% và 4 (22,2%) trường hợp khối u kích thước lớn dính vào tổ chức

lân cận nhưng sau liệu trình điều trị hóa chất và xạ trị khối u đã giảm kích thước, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt bỏ khối u và thận. Điều này đã được các tác giả Sushmita Bhatnagar [4], Robert C. Shamberger [6], Sabina Szymik-Kantorowicz [7] báo cáo trong các nghiên cứu của mình. Sau thời gian theo dõi năm đầu tiên chúng tôi ghi nhận được có 2 trường hợp tái phát (11,1%) cả hai trường hợp này trong quá trình phẫu thuật được ghi nhận là vỡ khối u trong mổ. Đây là một điều đặc biệt ghi nhớ trong quá trình phẫu thuật nhằm hạn chế sự tái phát cần phải lấy bỏ hết khối u và hạn chế tối đa khối u vỡ [8]. Có 1 trường hợp tử vong (55,5%), đây là trường hợp u ở giai đoạn III, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u nguyên bào thận thể không thuận lợi và có hình ảnh di căn phổi sau phẫu thuật được 6 tháng. Kết quả sống sau 2 năm trong nghiên cứu của chúng tôi là 94,45%. Trong quá trình theo dõi thêm chúng tôi chưa ghi nhận thêm trường hợp nào tái phát hay tử vong. Theo nghiên cứu của các tác giả Sushmita Bhatnagar [4] là tỷ lệ sống sau 2 năm 90% và tỷ lệ tái phát là 10% còn nghiên cứu của R C Shamberger [6] là 84% sau 5 năm. Trong nghiên cứu của B. Buruprasad [10] tỷ lệ sống sau 5 năm là 83,3%. Thời gian sống sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao 1 phần do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ít (18 trường hợp), đa số các trường hợp chúng tôi chẩn đoán sớm và có chỉ định đúng trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Điều trị u nguyên bào thận bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp với điều trị hỗ trợ sau mổ cho kết quả khả quan, an toàn. Tuy vậy điều quan trọng cần chẩn đoán được giai đoạn của khối u trước phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật để có chiến lược điều trị hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm (2002), Ung thư nguyên bào thận, *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Bửu Triều (2007), *U nguyên bào thận*, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Abdrew M. Davidoff (2013), Wilms tumor, *Adv Pediatr*, 59(1), pp. 247-267.
4. Sushmita Bhatnagar (2009), Management of Wilms' tumor: NWTS vs SIOP, *J Indian Assoc Pediatr Surg*, 14(1), pp. 6-14.

5. Joseph M. Gleason, Armando J. Lorenzo, Paul R. Bowlin, Martin A. Koyle(2014), Innovations in the management of Wilms' tumor, *Ther Adv Urol*, 6(4), pp. 165–176.
6. Robert C. Shamberger, James R. Anderson, Norman E. Breslow, Elizabeth J. Perlman, et al, (2011), Long-Term Outcomes of Infants with Very Low Risk Wilms Tumor Treated with Surgery Alone on National Wilms Tumor Study -5, *Ann Surg*, 251(3), pp. 555-558.
7. Sabina Szymik-Kantorowicz, Wiesław Urbanowicz, Marcin Surmiak, Janusz Sulisławski (2012), Therapeutic results in stage I Wilms' tumors in children – 15 years of surgical experience, *Cent European J Urol*, 65(3), pp. 151–155.
8. R C Shamberger, K A Guthrie, M L Ritchey, G M Haase, J Takashima, J B Beckwith, G J D'Angio, D M Green, N E Breslow (1999), Surgery-related factors and local recurrence of Wilms tumor in National Wilms Tumor Study 4, *Ann Surg*, 229(2), pp. 292–297.
9. So-Young Lee, Kyu-Rae Kim, Jung-Yeol Park, Jae Y Ro (2012), Wilms' Tumor with Long-delayed Recurrence: 25 Years after Initial Treatment, *Korean J Urol*, 53(4), pp. 288–292.
10. B. Guruprasad, B. Rohan, S. Kavitha, D. S. Madhumathi, D. Lokanath, L. Appaji (2013), Wilms' Tumor: Single Centre Retrospective Study from South India, *Indian J Surg Oncol*, 4(3), pp. 301–304.