

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U NGUYÊN BÀO THẬN TRẺ EM

Nguyễn Thị Mai Thủy¹, Đỗ Văn Khang²

¹Bệnh viện Nhi Trung ương, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U nguyên bào thận là khối u ác tính thường gặp ở trẻ em. Tại Việt Nam, các báo cáo về kết quả phẫu thuật bệnh lý này còn hạn chế.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 48 bệnh nhi u nguyên bào thận được phẫu thuật từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024.

Kết quả: 70,8% bệnh nhi được hóa trị trước mổ và 29,2% phẫu thuật ngay. Không ghi nhận biến chứng vỡ u hay tai biến trong mổ. Nhóm phẫu thuật nội soi có thể tích khối u trước mổ nhỏ hơn có ý nghĩa so với mổ mở ($p = 0,008$). Tỷ lệ diện cắt âm tính ở nhóm hóa trị trước là 79,4% và mổ ngay là 78,6%. Nhóm diện cắt dương tính có thể tích u lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,009$). Giai đoạn hậu phẫu sớm thuận lợi, 100% Clavien - Dindo độ 0 - I. Tỷ lệ tái phát tại chỗ là 4,2% sau trung vị theo dõi 20 tháng, không có biến chứng ngoại khoa muộn.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị u nguyên bào thận ở trẻ em đạt kết quả ngoại khoa sớm thuận lợi, an toàn, cần có những nghiên cứu lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn.

Từ khóa: Phẫu thuật u Wilms, trẻ em.

ABSTRACT

SURGICAL OUTCOMES OF PEDIATRIC WILMS TUMOR

Nguyen Thi Mai Thuy¹, Do Van Khang²

Background: Wilms tumor is a common pediatric malignancy. In Vietnam, reports regarding the surgical outcomes of this pathology remain limited.

Methods: A retrospective and descriptive study was conducted on 48 pediatric patients with Wilms tumor who underwent surgery between January 2022 and December 2024.

Results: Preoperative chemotherapy was administered to 70.8% of the patients, whereas 29.2% underwent upfront surgery. No intraoperative tumor rupture or surgical complications were recorded. The laparoscopic surgery group had a significantly smaller preoperative tumor volume compared to the open surgery group ($p = 0.008$). The negative surgical margin rates in the preoperative chemotherapy cohort and the upfront surgery cohort were 79.4% and 78.6%, respectively. The positive margin group had a significantly larger tumor volume ($p = 0.009$). The early postoperative period was favorable, with 100% of cases classified as Clavien - Dindo grade 0 - I. The local recurrence rate was 4.2% after a median follow-up of 20 months, and no late surgical complications were observed.

Conclusions: Surgical treatment for pediatric Wilms tumor is safe and yields favorable early surgical outcomes. Larger studies with longer follow-up periods are warranted.

Keywords: Wilms tumor surgery, pediatric.

Ngày nhận bài: 15/4/2026. Ngày chỉnh sửa: 28/5/2026. Chấp thuận đăng: 16/6/2026

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Mai Thủy. Email: nguyennaithuy@yahoo.com. ĐT: 0913379595

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thận (u Wilms) là khối u ác tính nguyên phát tại thận thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm tỷ lệ khoảng 5 - 7% trong tổng số các bệnh lý ung thư nhi khoa và hơn 90% các khối u thận ở trẻ dưới 15 tuổi [1]. Trước đây, tỷ lệ tử vong của bệnh lý này tương đối cao, tuy nhiên, sự phát triển của các phác đồ điều trị đa mô thức, bao gồm phối hợp giữa hóa trị, phẫu thuật và xạ trị, đã làm thay đổi đáng kể tiên lượng bệnh [2].

Thực hành lâm sàng hiện nay tồn tại hai quan điểm tiếp cận u Wilms chủ đạo: (1) phẫu thuật triệt căn bước đầu nhằm thu thập mẫu mô nguyên bản phục vụ phân tầng nguy cơ sớm; và (2) hóa trị tân bổ trợ nhằm thu nhỏ thể tích khối u, tạo điều kiện phẫu thuật thuận lợi và giảm thiểu rủi ro vỡ u nội phẫu [3]. Mỗi phương pháp đều đi kèm những ưu điểm và hạn chế riêng biệt.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về u nguyên bào thận trẻ em, tập trung vào đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh cũng như kết quả điều trị nói chung [4, 5]. Tuy vậy, các nghiên cứu về vai trò và kết quả phẫu thuật còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u nguyên bào thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2022 - 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhi được chẩn đoán xác định là u nguyên bào thận (Wilms tumor) dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ và được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã phẫu thuật u nguyên bào thận trước đó.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh, chọn mẫu toàn bộ, không xác suất bao gồm tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng trước mổ: Tuổi phẫu thuật, giới tính, thể tích u trước điều trị, thể tích u trước phẫu thuật, tình trạng huyết khối tĩnh mạch thận hoặc chủ dưới.

Chỉ định điều trị và phẫu thuật:

- Chỉ định hóa trị trước mổ: Dựa theo phác đồ SIOP đối với trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên, hoặc khi khối u có kích thước quá lớn, nguy cơ vỡ u trong mổ nếu phẫu thuật ngay.

- Chỉ định phẫu thuật ngay: Ưu tiên cho trẻ dưới 6 tháng tuổi hoặc khối u nhỏ, khu trú, tiên lượng bóc tách an toàn.

- Chỉ định phẫu thuật nội soi (MIS): Khối u khu trú ở trung tâm hoặc cực thận, không vượt qua đường giữa, không thâm nhiễm tạng lân cận và không có huyết khối tĩnh mạch.

- Tiêu chuẩn chuyển mổ mở: Khối u dính chặt vào cấu trúc lân cận gây khó khăn phẫu tích, chảy máu khó kiểm soát, hoặc phát hiện huyết khối tĩnh mạch rốn thận trong mổ.

Diễn biến trong mổ và hậu phẫu sớm: Phương pháp mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất ước tính (mL), tỷ lệ truyền máu, tỷ lệ vỡ u trong mổ, tai biến trong mổ, số lượng hạch lấy được. Đánh giá thời gian nằm viện (ngày), thời điểm bắt đầu hóa trị sau mổ (ngày) và biến chứng hậu phẫu theo phân loại Clavien - Dindo [6].

Đặc điểm giải phẫu bệnh và theo dõi sau mổ: Tình trạng di căn, giai đoạn bệnh lý, thời gian theo dõi, tỷ lệ tái phát u và các biến chứng muộn.

Thể tích u được tính theo công thức ellipsoid: $V \text{ (mL)} = L \text{ (cm)} \times W \text{ (cm)} \times H \text{ (cm)} \times 0,523$. Trong đó L là chiều dài, W là chiều rộng, H là chiều cao trên cắt lớp vi tính [7].

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được xem xét và phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương (IRB số VN01037/IRB00011976/FWA00028418 ngày 24/02/2026).

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi có 48 bệnh nhi u nguyên bào thận được phẫu thuật. Đa số bệnh nhi ở cả hai nhóm đều nằm trong độ tuổi từ 6 đến 59 tháng, có 2 bệnh nhân dưới 6 tháng và đều được phẫu thuật ngay (Bảng 1).

Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương nhóm răng cửa vĩnh viễn...

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trước mổ

Đặc điểm	Hóa trị trước mổ (n = 34)	Mổ ngay (n = 14)	Giá trị p
Tháng tuổi, Trung vị (IQR)	20,0 (10,2 - 47,2)	22,0 (8,0 - 40,8)	0,301 ^a
Phân nhóm tuổi, n (%)			
< 6 tháng	0 (0,0%)	2 (14,3%)	0,075 ^b
6 - 59 tháng	30 (88,2%)	11 (78,6%)	
≥ 60 tháng	4 (11,8%)	1 (7,1%)	
Giới tính, n (%)			
Nam	14 (41,2%)	10 (71,4%)	0,112 ^c
Nữ	20 (58,8%)	4 (28,6%)	
Thể tích u ban đầu (mL), Trung vị (IQR)	273,2 (125,2 - 446,7)	227,4 (39,8 - 347,3)	0,252 ^a
Huyết khối tĩnh mạch thận hoặc chủ dưới, n (%)	3 (8,8%)	0 (0,0%)	0,622 ^b

a: Kiểm định Mann - Whitney U; b: Kiểm định chính xác Fisher; c: Kiểm định Chi - bình phương

Chúng tôi không ghi nhận biến chứng vỡ u hay tai biến trong mổ. Mổ mở kinh điển vẫn là lựa chọn chủ đạo. Phẫu thuật nội soi được thực hiện an toàn trên 12 bệnh nhi, 1 trường hợp (thuộc nhóm hóa trị trước) cần chuyển mổ mở do khối u dính chặt vào các cấu trúc lân cận sau hóa chất và ghi nhận có huyết khối tĩnh mạch thận.

20 bệnh nhân được lấy từ 1 đến 2 hạch chẩn đoán (41,7%), các trường hợp còn lại không có hạch to nghi ngờ trên đại thể (58,3%). Tổng số lượng hạch thu thập được trong nhóm nghiên cứu là 24 hạch. Kết quả mô bệnh học ghi nhận tỷ lệ hạch dương tính với tế bào ác tính là 3/24 hạch (12,5%). Giai đoạn hậu phẫu diễn ra thuận lợi, không ghi nhận biến chứng nặng (Clavien-Dindo ≥ III), 3 bệnh nhi có biểu hiện sốt nhẹ sau mổ (Clavien - Dindo độ I), đều đáp ứng tốt với điều trị nội khoa thông thường (Bảng 2).

Bảng 2: Diễn biến trong mổ và hậu phẫu sớm sau mổ

Đặc điểm	Hóa trị trước mổ (n = 34)	Mổ ngay (n = 14)	Giá trị p
Phương pháp mổ, n (%)			
- Mổ mở	25 (73,5%)	10 (71,4%)	0,771 ^b
- Nội soi	8 (23,5%)	4 (28,6%)	
- Nội soi chuyển mổ	1 (2,9%)	0 (0,0%)	
Thời gian phẫu thuật (phút), Trung vị (IQR)	110 (90 - 135)	95 (80 - 120)	0,158 ^a
Lượng máu mất (mL), Trung vị (IQR)	30 (15 - 45)	35 (20 - 55)	0,214 ^a
Truyền máu trong mổ, n (%)	2 (5,9%)	1 (7,1%)	> 0,999 ^b
Tỷ lệ vỡ u trong mổ, n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Tai biến trong mổ, n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

Đặc điểm	Hóa trị trước mổ (n = 34)	Mổ ngay (n = 14)	Giá trị p
Số hạch lấy được, n (%)			
- 0 hạch	20 (58,8%)	8 (57,1%)	0,842 ^b
- 1 hạch	11 (32,4%)	5 (35,7%)	
- 2 hạch	3 (8,8%)	1 (7,2%)	
Biến chứng hậu phẫu (Clavien - Dindo), n (%)			
- Độ 0 (Không biến chứng)	32 (94,1%)	13 (92,9%)	> 0,999 ^b
- Độ I (Sốt sau mổ)	2 (5,9%)	1 (7,1%)	
Thời gian nằm viện (ngày), Trung vị (IQR)	5 (4 - 6)	5 (4 - 7)	0,683 ^a
Thời gian bắt đầu hóa trị bổ trợ (ngày), Trung vị (IQR)	10 (8 - 12)	11 (9 - 13)	0,345 ^a

a: Kiểm định Mann-Whitney U; b: Kiểm định chính xác Fisher

Các bệnh nhi được chỉ định phẫu thuật nội soi có thể tích khối u trước mổ nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật mở (51,3 mL so với 246,0 mL, $p = 0,008$). Đáng chú ý, thể tích khối u trước mổ ở nhóm đạt diện cắt âm tính nhỏ hơn đáng kể so với nhóm có diện cắt dương tính (143,8 mL so với 359,3 mL, $p = 0,009$) (Bảng 3).

Bảng 3: Mối liên quan giữa thể tích khối u trước mổ và phẫu thuật

Biến số phân tích	Thể tích u trước mổ (mL) Trung vị (IQR)	Giá trị p
Phương pháp mổ		
- Nhóm phẫu thuật nội soi (n = 12)	51,3 (31,3 - 82,6)	0,008 ^a
- Nhóm phẫu thuật mở (n = 36)	246,0 (84,9 - 364,5)	
Tình trạng diện cắt		
- Nhóm diện cắt âm tính (n = 38)	143,8 (29,4 - 292,8)	0,009 ^a
- Nhóm diện cắt dương tính (n = 10)	359,3 (165,1 - 767,1)	

a: Kiểm định Mann-Whitney U; nhóm phẫu thuật mở tính bao gồm 1 trường hợp nội soi chuyển mổ mở.

Bảng 4: Đặc điểm giải phẫu bệnh và theo dõi sau mổ.

Đặc điểm	Hóa trị trước mổ (n = 34)	Mổ ngay (n = 14)	Giá trị p
Tình trạng diện cắt, n (%)			
- Âm tính	27 (79,4%)	11 (78,6%)	> 0,999 ^b
- Dương tính	7 (20,6%)	3 (21,4%)	

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

Đặc điểm	Hóa trị trước mổ (n = 34)	Mổ ngay (n = 14)	Giá trị p
Giai đoạn bệnh lý, n (%)			
- Giai đoạn I	15 (44,1%)	7 (50,0%)	0,899 ^b
- Giai đoạn II	12 (35,3%)	4 (28,6%)	
- Giai đoạn III	7 (20,6%)	3 (21,4%)	
Thời gian theo dõi (tháng), Trung vị (IQR)	19,0 (14,0 - 25,0)	26,0 (17,3 - 28,0)	0,120 ^a
Tái phát u, n (%)	2 (4,2%)	0 (0,0%)	> 0,999 ^b
Biến chứng ngoại khoa muộn, n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-

a: Kiểm định Mann-Whitney U; b: Kiểm định chính xác Fisher

Trong thời gian theo dõi trung vị 20 tháng (tính trên toàn bộ mẫu), ghi nhận 2 trường hợp tái phát u tại chỗ (chiếm 4,2% trên tổng số bệnh nhân), trong đó 1 trường hợp được phẫu thuật lại, 1 trường hợp tái phát khối u lớn sau phúc mạc (11x8x6 cm) ôm quanh động mạch chủ bụng, động mạch mạc treo tràng trên kèm di căn phổi, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn nên chuyển điều trị giảm nhẹ. Chúng tôi không ghi nhận các biến chứng muộn như tắc ruột sau mổ hay thoát vị thành bụng.

IV. BÀN LUẬN

Phác đồ điều trị ung thư thận ở trẻ em thường được cân nhắc giữa phẫu thuật triệt căn từ đầu (upfront radical nephrectomy) hay hóa trị tân bổ trợ trước phẫu thuật (neoadjuvant chemotherapy - NAC). Trong phân tích của chúng tôi, 70,8% bệnh nhi được điều trị bằng NAC, trong khi nhóm còn lại được tiến hành phẫu thuật ngay (bảng 1). Ưu điểm của can thiệp phẫu thuật ngay từ đầu là khả năng thu thập mẫu mô bệnh học nguyên bản. Điều này hỗ trợ bác sĩ giải phẫu bệnh đánh giá mức độ xâm lấn vi thể (vào vỏ bao thận, xoang thận và hệ mạch máu) mà không bị nhiễu bởi các biến đổi hoại tử hay xơ hóa do hóa chất [3]. Tuy nhiên, rủi ro đáng lưu ý của phương pháp này là nguy cơ vỡ u khi bóc tách các khối u lớn và có vỏ bao mỏng. Các báo cáo chỉ ra tỷ lệ lan tràn tế bào u trong mỡ ở can thiệp phẫu thuật ngay có thể dao động từ 11,1% đến 22,2% [3]. Vỡ u làm tăng giai đoạn bệnh lên giai đoạn III, thường đi kèm với chỉ định hóa chất tăng cường và xạ trị vùng, những phương pháp tiềm ẩn nguy cơ độc tính tim mạch và có thể ảnh hưởng đến sự phát triển hệ cơ xương ở trẻ [1]. Ngược lại, quan điểm của SIOP ưu tiên khởi trị hóa chất dựa trên chẩn đoán hình ảnh mà không yêu cầu sinh thiết trước, ngoại trừ các bệnh nhi có biểu hiện lâm sàng không điển hình [2].

Việc áp dụng hóa trị tân bổ trợ (thường kéo dài 4 - 6 tuần) mang lại những thuận lợi nhất định về mặt ngoại khoa. Hóa chất kích hoạt quá trình apoptosis, gây hoại tử mô ác tính, và đặc biệt là hình thành một lớp giả vỏ xơ hóa dày bao bọc khối u. NAC có thể làm giảm 43% - 60% thể tích u ban đầu, đặc biệt ở các type mô học thể mầm và thể biểu mô [8]. Sự thu nhỏ này giúp tách khối u khỏi các cấu trúc giải phẫu lân cận như tĩnh mạch chủ dưới và bó mạc treo, đồng thời làm vỏ u dai và chắc hơn, tạo ra mặt phẳng phẫu tích thuận lợi. Mặc dù vậy, y văn cũng ghi nhận một số rủi ro đi kèm với phác đồ SIOP. Đáng chú ý, mức độ thu nhỏ không đồng đều giữa các type mô học; trong đó, thể mô đệm thường ít đáp ứng với hóa trị. Thêm vào đó, việc bắt đầu điều trị trước khi có kết quả giải phẫu bệnh đồng nghĩa với nguy cơ chẩn đoán sai. Các báo cáo từ những quốc gia có nguồn lực hạn chế cho thấy tỷ lệ này có thể lên tới 17,4% - 21,7% [3]. Hệ quả là một số bệnh nhi mang u lành tính (như u trung mô bẩm sinh) hoặc các loại u ác tính khác (như sarcoma tế bào sáng của thận, hay rhabdoid ác tính) có thể phải nhận các chu kỳ hóa trị không phù hợp trước khi bản chất khối u được xác định qua phẫu thuật.

Một điểm đáng lưu ý là sự chuyển dịch từ phẫu thuật mở kinh điển sang các kỹ thuật xâm lấn tối

thiếu (Minimally Invasive Surgery - MIS) đã đánh dấu một bước tiến nhất định trong phẫu thuật điều trị u nguyên bào thận. Trong nghiên cứu này, nội soi được áp dụng cho 12 bệnh nhi (chiếm 25%), với thời gian phẫu thuật trung vị không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ mở, có 1 trường hợp nội soi cần chuyển mổ mở do tình trạng dính của khối u và phát hiện huyết khối tĩnh mạch thận. Phân tích cho thấy trung vị thể tích khối u ở nhóm nội soi nhỏ hơn đáng kể (51,3 mL) so với nhóm mổ mở (246,0 mL) với $p = 0,008$ (bảng 3). Hướng dẫn của SIOP đã đưa ra các giới hạn chỉ định cụ thể: cắt thận triệt căn nội soi được áp dụng cho các khối u nằm ở trung tâm hoặc cực thận, thể tích sau hóa trị dưới 300 mL, khối u không vượt qua đường giữa, không thâm nhiễm các cấu trúc lân cận và không kèm huyết khối tĩnh mạch [9]. Ưu điểm lâm sàng của MIS được ghi nhận rõ rệt: sử dụng đường mổ Pfannenstiel nhỏ gọn để lấy bệnh phẩm thay vì đường rạch dưới sườn rộng, giảm mất máu, rút ngắn thời gian nằm viện và hạn chế đau sau mổ.

Trong phẫu thuật u nguyên bào thận, quan điểm về lấy hạch bạch huyết được tiếp cận theo hai hướng chính: nạo vét hạch hệ thống và sinh thiết hạch chọn lọc. Dữ liệu từ nghiên cứu của chúng tôi phản ánh xu hướng áp dụng sinh thiết chọn lọc, với 58,8% bệnh nhi ở nhóm hóa trị tân bổ trợ và 57,1% ở nhóm phẫu thuật ngay không lấy hạch; các bệnh nhi còn lại thu thập được từ 1 đến 2 hạch (bảng 2). Quyết định này được đưa ra chủ yếu do quan sát đại thể trong mổ có hay không hạch to nghi ngờ ác tính. Về mặt y học chứng cứ, các tổ chức ung thư nhi khoa hàng đầu (như COG và SIOP) khuyến cáo việc thu thập một số lượng hạch tối thiểu để tối ưu hóa độ chính xác của phân loại giai đoạn. Do hình thái hạch trên đại thể không loại trừ hoàn toàn rủi ro di căn vi thể, các mô hình từ Hệ thống Dữ liệu Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (National Cancer Database - NCDB) ước tính việc thu thập từ 6 đến 10 hạch giúp giảm tỷ lệ âm tính giả xuống dưới 10%. Số lượng hạch đủ lớn cũng là điều kiện để ứng dụng Tỷ lệ hạch dương tính (Lymph Node Ratio - LNR) như một công cụ tiên lượng độc lập [9]. Tuy nhiên, khi đối chiếu với thực tiễn lâm sàng toàn cầu, y văn ghi nhận một sự phân ly rõ rệt giữa hướng dẫn và thực tế phẫu thuật. Các phân tích từ chính dữ liệu NCDB chỉ ra rằng trung vị số lượng hạch thu thập được trong thực tế

thường chỉ đạt trung vị 3 hạch [10]. Đáng chú ý hơn, việc thiếu hụt số lượng hạch thu thập được xác nhận là sai lệch phác đồ phổ biến nhất trên toàn thế giới, ngay cả tại các trung tâm ung thư tiên tiến [11]. Việc không lấy đủ số lượng hạch tiêu chuẩn tiềm ẩn nguy cơ bỏ sót di căn hạch vi thể, dẫn đến phân giai đoạn thấp hơn thực tế và có thể làm mất cơ hội điều trị bổ trợ kịp thời cho bệnh nhi.

Mặc dù u nguyên bào thận được ghi nhận là một trong những bệnh lý có tỷ lệ điều trị thành công cao trong ung thư nhi khoa, tỷ lệ tái phát chung vẫn dao động quanh mức 15% [12]. Với thời gian theo dõi trung vị 20 tháng, nghiên cứu hiện tại ghi nhận 2 bệnh nhi tái phát tại chỗ (bảng 4), chiếm 4,2%. Đáng chú ý, một bệnh nhi tiến triển khối u tái phát kích thước lớn tại khoang sau phúc mạc (11x8x6 cm) kèm di căn đa ổ tại phổi, vượt quá chỉ định phẫu thuật triệt căn và được chuyển sang phác đồ chăm sóc giảm nhẹ. Về mặt can thiệp ngoại khoa, rủi ro tái phát tại chỗ có liên quan chặt chẽ đến tình trạng vỡ u trong mổ và diện cắt phẫu thuật dương tính [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ diện cắt dương tính ghi nhận ở mức khá cao (khoảng 21%) ở cả hai nhóm. Khi khối u có kích thước lớn (thể tích trung vị trên 200 mL) và tế bào u đã xâm lấn đến vỏ bao thận, diện cắt sẽ tất yếu dương tính về mặt vi thể. Phẫu thuật viên cũng không thể mở rộng diện cắt xa hơn nữa. Do đó, diện cắt dương tính trong trường hợp này phản ánh sự tiến triển và mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u nhiều hơn là sự hạn chế về kỹ thuật phẫu tích bóc tách. Mặc dù vậy, sự hiện diện của tế bào ác tính tồn dư vi thể vẫn làm tăng đáng kể nguy cơ tái phát tại khoang sau phúc mạc. Những bệnh nhi này cần được hội chẩn đa chuyên khoa để điều chỉnh phác đồ, thông thường sẽ được chỉ định xạ trị vùng nhằm kiểm soát triệt để tổn thương vi thể tồn dư.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, thiết kế hồi cứu không ngẫu nhiên với cỡ mẫu nhỏ (đặc biệt nhóm mổ ngay chỉ có 14 bệnh nhân) làm giảm sức mạnh thống kê. Việc phân nhóm hóa trị hay mổ ngay, cũng như mổ mở hay nội soi, đều mang tính chọn lọc từ trước dựa trên đặc điểm khối u (khối u nhỏ ưu tiên nội soi), do đó dễ xảy ra sai lệch chọn lựa (selection bias). Thứ hai, như đã phân tích, tỷ lệ lấy hạch thấp có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của phân giai

Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng cấu trúc hóa...

đoạn bệnh lý. Cuối cùng, do mục tiêu trọng tâm của nghiên cứu là đánh giá tính khả thi và an toàn của kết quả ngoại khoa sớm, kết hợp với thời gian theo dõi trung vị còn ngắn (20 tháng), chúng tôi chủ đích không phân tích các chỉ số sống còn ung thư học lâu dài như OS (Overall Survival) hay EFS (Event-Free Survival).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị u nguyên bào thận ở trẻ em đạt kết quả ngoại khoa sớm thuận lợi, an toàn và không ghi nhận tai biến trong mổ. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá kết quả ung thư học lâu dài và các biến chứng ngoại khoa muộn.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này (bao gồm lợi ích tài chính, quan hệ cá nhân hoặc mối quan hệ nghề nghiệp có thể ảnh hưởng đến nội dung bản thảo).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balis F, Green DM, Armstrong A, Aye J, Benedetti D, Brown B, et al. Wilms Tumor, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2025; 23(8): 319-342.
2. Milford K, DeCotiis K, Lorenzo A. Wilms tumor: a review of current surgical controversies. Transl Androl Urol. 2020; 9(5): 2382-2392.
3. Damanik AAR, Budaya TN, Seputra KP. Wilms Tumor Management: A Systematic Review Comparing SIOP and NWTSC/COG Protocols in Diagnosis, Treatment, and Outcome. Asian Pac J Cancer Prev. 2025; 26(12): 4291-4297.
4. Bùi Ngọc Lan, Nghiêm Ngọc Linh. Kết quả điều trị u nguyên bào thận theo phác đồ SIOP tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025; 191(6).
5. Vũ Trường Nhân. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học trước - sau hoá trị tân bổ trợ ở búi u nguyên bào thận một bên có dấu hiệu xâm lấn tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2026; 198(1).
6. Downey CL, Bainbridge J, Jayne DG, Meads DM. Impact of in-hospital postoperative complications on quality of life up to 12 months after major abdominal surgery. Br J Surg. 2023; 110(9): 1206-1212.
7. Kumar GR, Shah AC, Murali A, Krishnamurthy SS, Radhakrishnan V, Raja A. Surgical practices and oncological outcomes of Wilms tumor in a resource limited setting: a risk-adapted approach. Pediatr Surg Int. 2025; 41(1): 105.
8. He M, Liu S, Ma X, Cai J, Wu X, Mao J, et al. Robot-Assisted Laparoscopic Nephrectomy for Wilms' Tumour in Children. Int J Med Robot. 2025; 21(4): e70088.
9. Ziogas IA, Khomiak A, Olson KE, Moris DP, Robbins AJ, Stevens J, et al. The Impact of Lymph Node Ratio for Children with Wilms Tumors: A National Cancer Database Analysis. Cancers (Basel). 2025; 17(19).
10. Saltzman AF, Carrasco A, Jr., Amini A, Aldrink JH, Dasgupta R, Gow KW, et al. Patterns of lymph node sampling and the impact of lymph node density in favorable histology Wilms tumor: An analysis of the national cancer database. J Pediatr Urol. 2018; 14(2): 161 e1-161 e8.
11. Qureshi SS, Bhagat M, Kazi M, Kumbhani SA, Yadav S, Parambil BC, et al. Standardizing lymph nodal sampling for Wilms tumor: A feasibility study with outcomes. J Pediatr Surg. 2020; 55(12): 2668-2675.
12. Groenendijk A, Spreafico F, de Krijger RR, Drost J, Brok J, Perotti D, et al. Prognostic Factors for Wilms Tumor Recurrence: A Review of the Literature. Cancers (Basel). 2021; 13(13).