

# Mối liên quan giữa độ mô học theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2016 với một số đặc điểm giải phẫu bệnh khác trong ung thư biểu mô tế bào sáng của thận

## Relationship between tumor grade according to WHO classification 2016 and some other pathologic features of clear cell renal cell carcinoma

Nguyễn Văn Phú Thắng, Nguyễn Thị Ngọc Anh,  
Ngô Thị Minh Hạnh, Nguyễn Duy Hoàng,  
Lê Thị Thanh Xuân, Lê Thị Trang, Nguyễn Quang Thi

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

*Mục tiêu:* Mô tả đặc điểm mô bệnh học và đánh giá mối liên quan giữa độ mô học theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2016 với một số đặc điểm giải phẫu bệnh khác trong ung thư biểu mô tế bào sáng của thận. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang 98 bệnh nhân được phẫu thuật và chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào sáng của thận tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2015 đến 05/2021. *Kết quả và kết luận:* Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $56,26 \pm 12,25$  tuổi; tỷ lệ nam: nữ là 2,1:1. Kích thước u trung bình  $5,2 \pm 2,1$ cm. Tỷ lệ u có hoại tử, xâm lấn mô mỡ quanh thận, xâm lấn vỏ bao thận và xâm nhập mạch lần lượt là 29,6%, 16,3%, 36,7% và 15,3%. Độ mô học 2 có tỷ lệ cao nhất (49%). Đặc điểm kích thước u lớn, hoại tử u, xâm lấn mô mỡ quanh thận, xâm lấn vỏ bao thận và xâm nhập mạch phân bố ưu thế ở độ mô học cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

*Từ khóa:* Ung thư biểu mô tế bào sáng của thận, đặc điểm mô bệnh học, độ mô học.

### Summary

*Objective:* To describe the histopathological characteristics and to evaluate the relationship between tumor grade according to WHO classification 2016 and some other pathologic features of clear cell renal cell carcinoma. *Subject and method:* A descriptive study on 98 operated patients with clear cell renal cell carcinoma at the 108 Military Central Hospital from January 2015 to May 2021. *Result and conclusion:* The mean age of patients was  $56.26 \pm 12.25$  years; the ratio of men:women was 2.1:1. The average tumor size was  $5.2 \pm 2.1$ cm. The rates of cases with tumor necrosis, perinephric fat invasion, renal capsule invasion and angioinvasion were 29.6%, 16.3%, 36.7% and 15.3%, respectively. The percentage of cases with tumor grade 2 was highest at 49%. There was a statistical significance between large tumor size, tumor necrosis, perinephric fat invasion, renal capsule invasion, angioinvasion and high tumor grade ( $p < 0.05$ ).

*Keywords:* Clear cell renal cell carcinoma, histopathological characteristics, tumor grade.

---

Ngày nhận bài: 5/10/2021, ngày chấp nhận đăng: 27/12/2021

Người phản hồi: Nguyễn Văn Phú Thắng, Email: [phuthangk39hvqy@gmail.com](mailto:phuthangk39hvqy@gmail.com) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## 1. Đặt vấn đề

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ung thư biểu mô tế bào thận (Renal Cell Carcinoma - RCC) có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong đang gia tăng ở nhiều quốc gia trên thế giới, chiếm 2 - 3% các trường hợp ung thư ở người lớn, hơn 90% các u ác tính ở thận. Năm 2012, tỷ lệ mắc RCC xếp thứ 9 ở nam giới, thứ 14 ở nữ giới với 143000 ca tử vong ở cả hai giới. Cũng theo phân loại của WHO, RCC có nhiều thể mô học, trong đó thể gặp nhiều nhất là ung thư biểu mô tế bào sáng (Clear Cell Renal Cell Carcinoma - CCRCC), chiếm 65 - 70%. Thể này có tiên lượng xấu hơn so với RCC thể nhú (khoảng 20%) và RCC tế bào kỳ màu (5 - 7%) [6]. Tiên lượng sống của bệnh nhân (BN) phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó quan trọng là giai đoạn bệnh, thể mô học, độ mô học và tình trạng hoại tử u [6], [19].

Từ những năm 70 của thế kỷ XX, nhiều hệ thống phân loại về độ mô học của RCC đã được đề xuất, tập trung vào hình thái của hạt nhân. Trong đó hệ thống phân loại của Fuhrman và cộng sự (năm 1982), dựa trên việc đánh giá đồng thời kích thước hạt nhân, độ bất thường của hạt nhân và sự nổi bật của hạt nhân, đã được chấp nhận và áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, trong quá trình thực hành, phân độ Fuhrman đã bộc lộ nhiều hạn chế, khó áp dụng, phụ thuộc nhiều vào tính chủ quan của người đọc, không có nhiều giá trị cho hầu hết các thể mô học mới của RCC [2], [3], [6]. Năm 2012, Hội quốc tế về bệnh học tiết niệu (ISUP) đã giới thiệu một hệ thống phân độ mô học cho CCRCC và RCC thể nhú dựa trên mức độ thay đổi của hạt nhân từ độ 1 đến độ 3; sự đa dạng của nhân, tế bào nhiều nhân và/hoặc biệt hóa dạng cơ vân và/hoặc dạng sarcom là tiêu chí cho độ 4 [3]. Hệ thống phân độ này đơn giản, dễ áp dụng, giảm thiểu được sai lệch và thể hiện được tính vượt trội trong tiên lượng bệnh. Vì vậy, WHO đã đưa bảng phân độ mô học của ISUP vào đánh giá độ mô học của RCC trong phân loại của WHO năm 2016 và khuyến cáo áp dụng phân độ này trong thực hành lâm sàng [6].

Các nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu bệnh của RCC ở Việt Nam chưa nhiều, đặc biệt các nghiên cứu áp dụng phân độ mô học mới năm 2016 của WHO

trong đánh giá CCRCC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mô bệnh học và đánh giá mối liên quan giữa độ mô học theo phân độ của WHO năm 2016 với một số đặc điểm giải phẫu bệnh khác trong ung thư biểu mô tế bào sáng của thận.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 98 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật và chẩn đoán là CCRCC tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2015 đến tháng 05/2021.

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận có u.

Chẩn đoán mô bệnh học là CCRCC.

Có hồ sơ, khối nén và tiêu bản được lưu trữ đầy đủ.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

Mẫu bệnh phẩm sinh thiết nhỏ.

Các trường hợp ung thư thận nhưng không phải CCRCC.

### 2.2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

*Cỡ mẫu nghiên cứu:* Chọn mẫu toàn bộ.

#### *Cách tiến hành nghiên cứu:*

Ghi nhận thông tin: Tuổi, giới, vị trí u qua hồ sơ bệnh án.

Xử lý các mẫu bệnh phẩm: Các mẫu bệnh phẩm sau phẫu thuật được xử lý, chuyển, đúc, cắt, nhuộm theo quy trình thường quy của Giải phẫu bệnh, nhuộm theo phương pháp HE (Hemataxylin- Eosin).

#### *Biến số nghiên cứu*

Tuổi, vị trí u, kích thước u, tình trạng hoại tử u, mức độ xâm lấn vỏ bao thận, xâm lấn mô mỡ quanh thận của u, tình trạng xâm nhập mạch của tế bào u.

Đánh giá hoại tử u: Khi xuất hiện các đám hoại tử trong mô u, các tế bào u hoại tử một phần hoặc toàn bộ.

Đánh giá xâm lấn vỏ bao thận: Khi các tế bào u xâm nhập vào trong bao xơ thận nhưng không có sự xâm nhập vào mô mỡ quanh thận.

Đánh giá xâm lấn mô mỡ quanh thận: Khi các tế bào u xâm lấn qua bao thận vào mô mỡ quanh thận.

Đánh giá xâm nhập mạch: Khi các tế bào u phát triển trong lòng mạch máu, được phủ bởi tế bào nội mô mạch hoặc gắn vào thành mạch.

Độ mô học của u được phân theo hệ thống phân độ mô học CCRCC mới của WHO năm 2016:

Độ 1	Hạt nhân không xuất hiện hoặc không rõ và ưa bazơ ở độ phóng đại 400
Độ 2	Hạt nhân rõ và ưa axit ở độ phóng đại 400 nhưng không rõ ở độ phóng đại 100
Độ 3	Hạt nhân rõ và ưa axit ở độ phóng đại 100
Độ 4	Nhân đa hình, tế bào khổng lồ đa nhân và/hoặc biệt hóa dạng cơ vân và/hoặc dạng sarcoma

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng chương trình phần mềm SPSS Version 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## 3. Kết quả

**Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi và giới tính**

Tuổi	Giới	Nữ		Nam		Tổng	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
< 30		1	3,1	1	1,5	2	2
30 - 39		1	3,1	3	4,5	4	4,1
40 - 49		8	25	13	19,7	21	21,4
50 - 59		9	28,1	23	34,8	32	32,7
≥ 60		13	40,7	26	39,5	39	39,8
<b>Tổng</b>		<b>32</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Phần lớn BN trên 50 tuổi (72,5%), tuổi trung bình là  $56,26 \pm 12,25$  tuổi, cao nhất 89 tuổi, thấp nhất 20 tuổi. Tỷ lệ mắc của nam nhiều hơn nữ (2,1/1).

**Bảng 2. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Vị trí	Phải	44	44,9
	Trái	54	55,1
Kích thước	≤ 7cm	79	80,6
	> 7cm	19	19,4
Hoại tử	Không	69	70,4
	Có	29	29,6
Xâm lấn mô mỡ quanh thận	Không	82	83,7
	Có	16	16,3
Xâm lấn vỏ bao thận	Không	62	63,3
	Có	36	36,7

Xâm nhập mạch	Không	83	84,7
	Có	15	15,3

*Nhận xét:* U gặp ở thận trái (55,1%) nhiều hơn thận phải (44,9%); phần lớn u có kích thước nhỏ hơn 7cm, trung bình là  $5,2 \pm 2,1$ cm; tỷ lệ u có xâm lấn mô mỡ quanh thận và xâm nhập mạch thấp, tương ứng là 16,3% và 15,3%, trong khi hoại tử u và xâm lấn vỏ bao thận chiếm tỷ lệ cao hơn, lần lượt là 29,6% và 36,7%.

**Bảng 3. Phân độ mô học theo WHO 2016**

Độ mô học	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Độ 1	7	7,1
Độ 2	48	49
Độ 3	39	39,8
Độ 4	4	4,1
<b>Tổng số</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Đa số các trường hợp CCRCC có độ mô học 2 (49%), tiếp đến là độ 3 (39,8%), thấp nhất là độ 4 (4,1%).

**Bảng 4. Liên quan giữa độ mô học với một số đặc điểm giải phẫu bệnh khác**

Độ mô học	Kích thước u trung bình (cm)	Hoại tử u (%)	Xâm lấn mô mỡ (%)	Xâm lấn vỏ bao thận (%)	Xâm nhập mạch (%)
Độ 1 (n = 7)	3,5	0	0	0	14,3
Độ 2 (n = 48)	4,4	14,6	8,3	29,2	12,5
Độ 3 (n = 39)	6,2	46,2	25,6	51,3	12,8
Độ 4 (n = 4)	6,8	100	50	50	75
<b>p</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,05</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>

*Nhận xét:* Khối u có độ mô học cao hơn trong các trường hợp u có kích thước lớn, có hoại tử u, xâm lấn mô mỡ quanh thận, xâm lấn vỏ bao thận và xâm nhập mạch (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

**4. Bàn luận**

**4.1. Tuổi và giới**

Phần lớn BN trên 50 tuổi (72,5%), tuổi trung bình  $56,26 \pm 12,25$  tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam/nữ là 2,1:1. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Theo Bùi Thị Thanh Tâm (2020) [1], tuổi mắc bệnh trung bình là  $55,98 \pm 11,61$  tuổi; tỷ lệ nam/ nữ là 2,8:1. Nghiên cứu của Julien Dagher và cộng sự (2017) [2] trên 681 BN CCRCC cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới là 67,8%, tuổi trung bình là 62 tuổi. Như vậy, tuổi mắc bệnh thường gặp ở các nghiên cứu là lứa tuổi trung

niên > 50 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

**4.2. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh**

*Vị trí u*

U gặp ở thận bên trái (55,1%) nhiều hơn thận bên phải (44,9%), không có ca nào có u ở cả hai bên thận. Nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Tâm (2020) [1] có 53,4% u ở thận trái. Trong khi đó, theo kết quả nghiên cứu của Shengjie Guo và cộng sự (2019) [5] trên 41138 BN, có 50,6% khối u thận gặp ở bên phải. Cho đến nay, vẫn chưa có tài liệu nào lý giải sự xuất hiện khối u ở thận phải hoặc thận trái. Một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra vị trí u thận có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng bệnh. Theo Shengjie Guo và cộng sự (2019) [5], BN bị RCC bên phải có các đặc điểm bệnh lý lâm sàng thuận lợi hơn so với BN bị RCC bên trái. Cụ thể, các khối u bên phải thường

liên quan đến giai đoạn sớm của bệnh, độ mô học thấp hơn và có thời gian sống thêm sau phẫu thuật liên quan đến bệnh tốt hơn. Đặc biệt, trong phân nhóm BN có kích thước khối u  $\geq 10\text{cm}$ , khối u ở bên phải là một yếu tố dự báo độc lập của thời gian sống thêm sau phẫu thuật.

#### *Kích thước u*

Phần lớn u có kích thước nhỏ hơn 7 cm (80,6%), trung bình là  $5,2 \pm 2,1\text{cm}$ . Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của một số tác giả trong và ngoài nước. Tác giả Bùi Thị Thanh Tâm (2020) [1] cho thấy có 86,5% khối u có kích thước nhỏ hơn 7cm. Theo Song Turun và cộng sự (2011) [12], kích thước trung bình của khối u là  $4,91 \pm 2,55\text{cm}$ , với 86,2% khối u có kích thước nhỏ hơn 7cm. Qua nghiên cứu, tác giả đã kết luận, kích thước khối u không phải là yếu tố độc lập cho phân thể mô học của RCC; tuy nhiên, kích thước u có liên quan chặt chẽ với các đặc điểm mô bệnh học, kích thước khối u càng lớn thì RCC càng tiềm ẩn nhiều nguy cơ. Trong nhiều nghiên cứu, kích thước khối u đã được chứng minh là có liên quan đến khả năng sống còn. Khả năng sống còn giảm đi 3,5 lần khi kích thước khối u tăng lên gấp đôi và 7cm được xem là yếu tố dự đoán những kết quả kém [11].

#### *Hoại tử u*

Sự xuất hiện của hoại tử u như một chỉ điểm tiên lượng cho CCRCC đã được thảo luận lần đầu tiên năm 1974. Các tác giả đã nghiên cứu mối liên quan của hoại tử u với các yếu tố tiên lượng quan trọng khác trên BN mắc RCC. Lam JS và cộng sự (2005) [8], nghiên cứu trên 311 BN mắc RCC cho thấy sự xuất hiện và mức độ của hoại tử trong khối u nguyên phát liên quan đến phân loại giai đoạn T cao hơn ( $p=0,0001$ ), di căn hạch ( $p=0,009$ ), di căn xa ( $p=0,0001$ ), độ mô học cao hơn ( $p=0,0001$ ), kích thước khối u trung bình lớn hơn ( $p=0,0001$ ); tỷ lệ không tái phát bệnh trong 5 năm thấp hơn (62% so với 92%,  $p=0,0001$ ); khả năng sống sót sau 5 năm thấp hơn (36% so với 75%,  $p=0,0001$ ) so với các trường hợp không có hoại tử u.

#### *Tình trạng xâm lấn mô mỡ quanh thận và xâm lấn vỏ bao thận của u*

Tỷ lệ u có xâm lấn mô mỡ quanh thận và xâm lấn vỏ bao thận lần lượt là 16,3% và 36,7%; tương tự so với kết quả của Bùi Thị Thanh Tâm và cộng sự [1] với số liệu tương ứng là 11,7% và 42,7%. Trong một nghiên cứu của Thompson và cộng sự trên 162 BN có u xâm lấn mô mỡ quanh thận, thấy tỷ lệ tử vong là 59% [11]. Jeon và cộng sự đã nghiên cứu mối liên quan của xâm lấn mô mỡ quanh thận với kích thước u. Nhóm tác giả lựa chọn các trường hợp có u xâm lấn mô mỡ quanh thận trong 946 bệnh phẩm phẫu thuật RCC, chia thành 2 nhóm dựa trên kích thước khối u. Kết quả cho thấy các trường hợp khối u kích thước lớn hơn 7cm có tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm là 49,5% trong khi các trường hợp khối u có kích thước dưới 7cm tỷ lệ này là 77,2% [11].

Vỏ bao thận là một màng xơ dai bao quanh nhu mô thận, nằm bên dưới mô mỡ quanh thận. Xâm lấn vỏ bao thận được định nghĩa là sự xâm nhập của các tế bào u vào trong bao xơ thận nhưng không có sự xâm nhập vào mô mỡ quanh thận. Tầm quan trọng của việc xâm lấn vỏ bao thận đã được thảo luận, một số nghiên cứu cho thấy xâm lấn vỏ bao thận có tác động đến tái phát trong khi một số nghiên cứu khác thì không. Tác giả Ha và cộng sự đã đánh giá ý nghĩa tiên lượng độc lập của xâm lấn vỏ bao thận trong một nhóm lớn BN ở đa cơ sở, gồm 6849 BN; kết quả cho thấy sự xâm lấn vỏ bao thận được thấy ở 603 BN. Tái phát được quan sát thấy ở 75 (12,4%) BN có xâm lấn vỏ bao thận và 134 (6,3%) BN không có xâm lấn vỏ bao thận. Sự xâm lấn vỏ bao thận có liên quan rõ rệt với việc tăng nguy cơ tái phát [11].

#### *Xâm nhập mạch máu của u*

Chúng tôi gặp 15 BN (15,3%) có tế bào u xâm nhập mạch trên vi thể. Trong nghiên cứu của Lang H và cộng sự (2000) [9], xâm nhập mạch được ghi nhận ở 74 BN (29%). Xâm nhập mạch làm tăng đáng kể khả năng di căn ( $p=0,003$ ); làm giảm tỷ lệ sống sót sau 1 năm ( $p=0,01$ ). Xâm nhập mạch làm giảm khả năng sống sót trong các trường hợp có kích thước khối u từ 10cm trở lên, xâm lấn bao thận, xâm

lấn tĩnh mạch trên đại thể, giai đoạn pT3 và độ mô học 4 [9].

#### 4.3. Đặc điểm độ mô học

Độ mô học của u là một yếu tố rất quan trọng trong việc chẩn đoán và tiên lượng

bệnh. Chúng tôi tiến hành phân độ mô học theo hệ thống phân độ u thận của WHO/ISUP năm 2016, số liệu cho thấy độ mô học 2 có tỷ lệ cao nhất (49%). So sánh với các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng giữa tỷ lệ các độ mô học (Bảng 5).

**Bảng 5. So sánh tỷ lệ các độ mô học theo WHO 2016 với các nghiên cứu khác**

Phân độ WHO 2016	Bùi Thị Thanh Tâm [1]	Dagher và cộng sự [2]	Nghiên cứu này
Độ 1	4 (3,9%)	59 (8,7%)	7 (7,1%)
Độ 2	58 (56,3%)	327 (48%)	48 (49%)
Độ 3	31(30,1%)	156 (22,9%)	39 (39,8%)
Độ 4	10 (9,7%)	139 (20,4%)	4 (4,1%)
<b>Tổng số ca</b>	<b>103</b>	<b>681</b>	<b>98</b>

Trong nhiều thập niên, phân độ mô học theo Fuhrman đã được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, hệ thống phân độ này hiện không còn nhiều giá trị. Năm 2012, ISUP đã giới thiệu một hệ thống phân loại mới cho CCRCC dựa trên sự biến đổi hạt nhân từ độ 1 đến độ 3, còn sự hiện diện của nhân đa hình và/ hoặc tế bào khổng lồ nhiều nhân và/ hoặc sarcomatoid và/ hoặc biệt hóa dạng cơ vân là tiêu chuẩn độ 4. Julien Dagher và cộng sự (2017) [2] đã tiến hành so sánh phân loại mới của WHO/ISUP và phân loại Fuhrman trên 376 trường hợp CCRCC. Các trường hợp đều được phân loại theo cả 2 cách, kết quả cho thấy: Theo WHO/ISUP có 9,3% độ 1, 50,0% độ 2, 24,2% độ 3 và 16,5% độ 4. Theo Fuhrman có 0,4% độ 1, 48,7% độ 2, 29,4% độ 3 và 21,5% độ 4. Không có sự tái phát hay di căn trong số các trường hợp có khối u ở độ 1 theo WHO/ISUP, nhưng từ độ 2 trở lên thì có sự khác biệt đáng kể. Trong khi phân loại theo Fuhrman thì không có sự khác biệt quan trọng với những khối u ở độ 2 và độ 3.

#### 4.4. Liên quan giữa độ mô học và một số yếu tố tiên lượng khác

Bảng 4 cho thấy đặc điểm kích thước u lớn, hoại tử u, xâm lấn mô mỡ quanh thận, xâm lấn vỏ bao thận và xâm nhập mạch phân bố ưu thế ở độ mô học cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Các khối u có độ mô học cao (độ 3, 4) đều có kích thước trung bình trên 6cm; không có khối u nào độ mô học 4 có kích thước nhỏ hơn 4cm. Theo Song Turun và cộng sự (2011) [12], kích thước u có liên quan với độ mô học cao, kích thước khối u tăng 1cm sẽ làm tăng xác suất có độ mô học cao lên 1,46 lần.

Hoại tử u thường gặp ở độ mô học cao (46,2% độ 3 và 100% độ 4). Brett Delahunt và cộng sự (2013) [4] đã đánh giá vai trò của hoại tử u khi kết hợp với độ mô học theo phân loại của ISUP trên 3017 BN CCRCC. Nhóm tác giả đã cho thấy có sự khác biệt về khả năng sống còn giữa các nhóm và đề xuất phân loại mới gồm 4 độ mô học. Trong đó, độ 1 bao gồm các u có độ mô học 1 và 2 mà không có hoại tử u; độ 2 bao gồm các khối u có độ mô học 2 có hoại tử và độ 3 không có hoại tử; độ 3 bao gồm các khối u độ 3 có hoại tử và các khối u độ 4 không có hoại tử; độ 4 là các khối u độ 4 có hoại tử hoặc có biệt hóa dạng sarcoma hay có tế bào biệt hóa dạng cơ vân.

Xâm lấn mô mỡ quanh thận và xâm lấn vỏ bao thận gặp nhiều hơn ở các khối u có độ mô học cao (độ 3, 4). Nghiên cứu của In Gab Jeong và cộng sự (2005) [10] cũng chỉ ra xâm lấn vỏ bao thận gặp nhiều hơn ở u có độ mô học cao (39,1%) so với u có độ mô học thấp (36,5%), tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do độ

mô học của tác giả được xếp loại theo phân độ của Fuhrman chứ không phải phân độ mới của ISUP.

Tỷ lệ xâm nhập mạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,3%, gặp tỷ lệ cao ở u có độ mô học 4 (75%). Nghiên cứu của Huang và cộng sự (2015) [7] cũng có kết quả tương tự với 14,4% BN có xâm nhập mạch. Tỷ lệ xâm nhập mạch cao hơn có liên quan đến một số yếu tố nguy cơ tiên lượng như giai đoạn TNM cao hơn và độ mô học của khối u cao hơn. Phân tích tổng hợp của tác giả chỉ ra rằng sự hiện diện của xâm nhập mạch có ảnh hưởng bất lợi đến khả năng sống còn và các đặc điểm bệnh lý lâm sàng trong RCC, có thể xem xâm nhập mạch như một yếu tố tiên lượng độc lập về thời gian sống thêm không tái phát bệnh và thời gian sống thêm không có di căn.

## 5. Kết luận

Qua nghiên cứu 98 trường hợp ung thư biểu mô tế bào sáng của thận tuổi trung bình  $56,26 \pm 11,56$  tuổi, chúng tôi thu được kết quả sau:

U gặp ở thận bên trái nhiều hơn (55,1%), kích thước u trung bình  $5,2 \pm 2,1$ cm. Tỷ lệ u có hoại tử, xâm lấn mô mỡ quanh thận, xâm lấn vỏ bao thận và xâm nhập mạch lần lượt là 29,6%, 16,3%, 36,7% và 15,3%.

Độ mô học 2 có tỷ lệ cao nhất (49%), tiếp đến là độ 3 (39,8%).

Có mối liên quan giữa độ mô học cao với kích thước u lớn và sự xuất hiện của các đặc điểm giải phẫu bệnh khác như hoại tử u, xâm lấn mô mỡ quanh thận, xâm lấn vỏ bao thận và xâm nhập mạch.

## Tài liệu tham khảo

- Bùi Thị Thanh Tâm, Nguyễn Ngọc Minh Tâm, Ngô quốc Đạt (2020) *Áp dụng phân độ mô học WHO 2016 trong carcinoma tế bào sáng ở thận*. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 497, số đặc biệt, tr. 303-315.
- Dagher J, Delahunt B, Rioux-Leclercq N et al (2017) *Clear cell renal cell carcinoma: validation of World Health Organization/International Society of Urological Pathology grading*. Histopathology. 71(6): 918-925.
- Delahunt B, Eble JN, Egevad L, Samarasinghe H. (2019) *Grading of renal cell carcinoma*. Histopathology 74(1): 4-17.
- Delahunt B, McKenney JK, Lohse CM et al (2013) *A novel grading system for clear cell renal cell carcinoma incorporating tumor necrosis*. Am J Surg Pathol 37(3): 311-222.
- Guo S, Yao K, He X et al (2019) *Prognostic significance of laterality in renal cell carcinoma: A population-based study from the surveillance, epidemiology, and end results (SEER) database*. Cancer Med 8(12): 5629-5637.
- Holger Moch, Peter A Humphrey, Thomas M Ulbright, Victor E Reuter (2016) *WHO classification of tumours of the urinary system and male genital Organs*, 4<sup>th</sup> ad. International Agency for Research on Cancer, Lyon.
- Huang H, Pan XW, Huang Y et al (2015) *Microvascular invasion as a prognostic indicator in renal cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis*. International journal of clinical and experimental medicine 8(7): 10779-10792.
- Lam JS, Shvarts O, Said JW et al (2005) *Clinicopathologic and molecular correlations of necrosis in the primary tumor of patients with renal cell carcinoma*. Cancer 103(12): 2517-2525.
- Lang H, Lindner V, Saussine C et al (2000) *Microscopic venous invasion: A prognostic factor in renal cell carcinoma*. Eur Urol 38(5): 600-605.
- Jeong IG, Jeong CW, Hong SK et al (2006) *Prognostic implication of capsular invasion without perinephric fat infiltration in localized renal cell carcinoma*. Urology 67(4): 709-712.
- Taneja K, Williamson SR (2018) *Updates in Pathologic Staging and Histologic Grading of Renal Cell Carcinoma*. Surg Pathol Clin 11(4): 797-812.
- Turun S, Banghua L, Zheng S & Wei Q (2011) *Is tumor size a reliable predictor of histopathological characteristics of renal cell carcinoma?* Urology annals 4(1): 24-28.