

# UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN DẠNG SARCOMA DI CĂN XƯƠNG SƯỜN: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Phạm Thuần Mạnh<sup>1,✉</sup>, Trần Ngọc Minh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bộ môn Giải phẫu bệnh, Trường Đại học Y Hà Nội

Ung thư biểu mô tế bào thận dạng sarcoma (sRCC) là tít ung thư biểu mô mất biệt hóa hiếm gặp với tỷ lệ di căn cao và tiên lượng xấu. Các vị trí di căn thường gặp bao gồm hạch bạch huyết, phổi, gan và xương. Chúng tôi báo cáo một trường hợp sRCC di căn đến vị trí không thường gặp là xương sườn. Bệnh nhân nam, 52 tuổi, vào viện vì đau vùng vai phải. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hệ tiết niệu thấy 1/3 giữa thận phải có khối kích thước 36 x 37mm; chụp CLVT lồng ngực thấy ổ tổn thương tiêu xương cung bên xương sườn 6 bên phải. Bệnh nhân được sinh thiết xương sườn và sinh thiết thận với chẩn đoán là sRCC di căn xương, sau đó bệnh nhân đã được cắt bỏ toàn bộ thận phải. Hình ảnh vi thể cho thấy mô u gồm thành phần ung thư biểu mô tế bào thận tít tế bào sáng kết hợp thành phần dạng sarcoma với các tế bào hình thoi ác tính. Chẩn đoán sau mổ: Ung thư biểu mô tế bào thận tít tế bào sáng có thành phần dạng sarcoma, độ IV, di căn xương sườn. SRCC là thể hiếm gặp, có tiên lượng xấu. U được cấu tạo bởi hai thành phần mô học là biểu mô và dạng sarcom, có thể gây khó khăn cho chẩn đoán trên sinh thiết trước phẫu thuật nếu mô u chỉ có một trong hai thành phần này.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào thận, dạng sarcoma, di căn xương sườn.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ghi nhận của GLOBOCAN năm 2020, trên toàn thế giới có khoảng 431.288 trường hợp mắc mới và 179.368 trường hợp tử vong do ung thư thận.<sup>1</sup> Ung thư biểu mô tế bào thận (Renal cell carcinoma, RCC) là tít mô bệnh học thường gặp nhất trong các ung thư thận, chiếm hơn 90% các trường hợp. Trong đó, ung thư biểu mô tế bào thận dạng sarcoma (Sarcomatoid Renal cell carcinoma, sRCC) là một thể hiếm gặp, chỉ chiếm 4-5% các RCC, bệnh thường có diễn tiến lâm sàng rầm rộ và tiên lượng xấu. Tỷ lệ di căn của bệnh lên tới 70% các trường hợp, trong đó các vị trí di căn thường gặp là: hạch bạch huyết, phổi, gan và xương.<sup>2,3</sup> Trong bài báo này, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp ung thư biểu

mô tế bào thận tít tế bào sáng có biệt hóa dạng sarcoma, di căn xương sườn ở bệnh nhân nam giới, 52 tuổi.

## II. BÁO CÁO CA BỆNH

### 1. Bệnh cảnh lâm sàng

Bệnh nhân nam, 52 tuổi, vào viện vì đau vùng vai bên phải. Bệnh diễn biến khoảng 3 tháng trước thời điểm vào viện, bệnh nhân không sốt, gầy sút cân nhẹ, không tiểu máu và không có biểu hiện đau vùng hông lưng. Khám lâm sàng thấy bệnh nhân có thể trạng trung bình, huyết áp 130/80 mmHg, mạch 80 lần/phút. Siêu âm ổ bụng và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hệ tiết niệu thấy ở vị trí 1/3 giữa thận phải phát triển về phía sau có khối kích thước 36x37mm, đẩy lùi bờ thận, ranh giới khá rõ; chụp cắt lớp vi tính lồng ngực thấy có ổ tổn thương tiêu xương ở cung bên xương sườn VI bên phải. Bệnh nhân được chỉ định sinh thiết kim đồng thời hai vị trí tổn thương ở xương sườn và thận.

Tác giả liên hệ: Phạm Thuần Mạnh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: phamthuanmanh@gmail.com

Ngày nhận: 17/09/2021

Ngày được chấp nhận: 13/10/2021

## 2. Giải phẫu bệnh

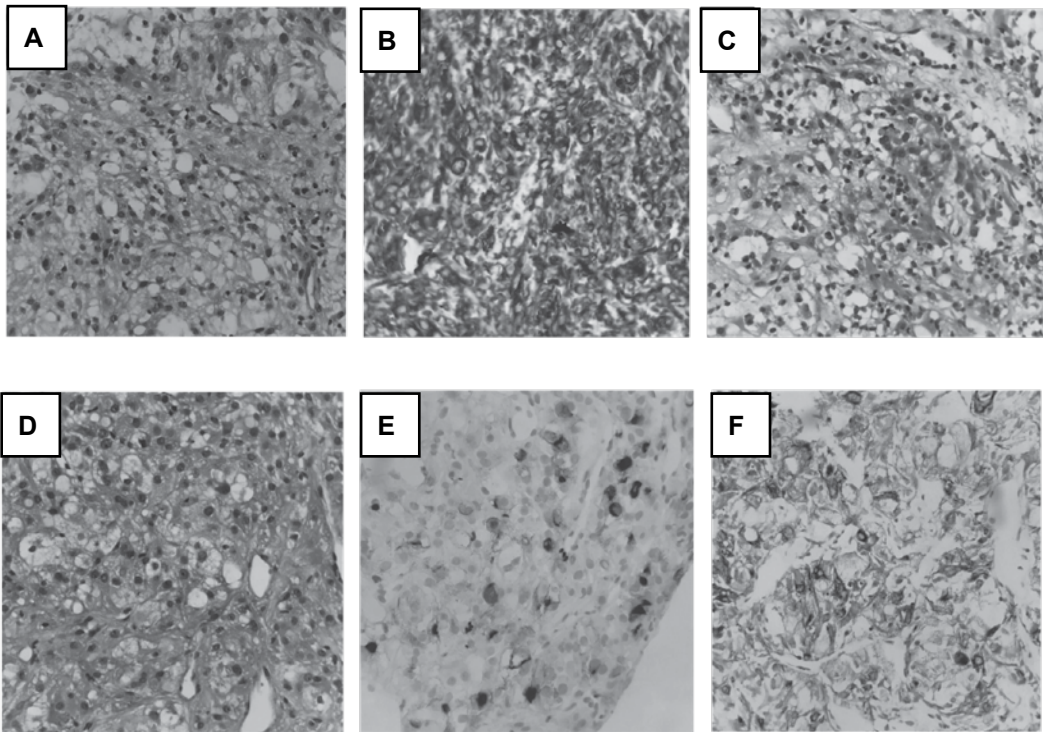
### **Đặc điểm vi thể mảnh sinh thiết**

Mảnh sinh thiết xương sườn: Trên vi thể thấy các bè xương thoái hóa và mô u. Các tế bào u có hình thoi, nhân lớn, hạt nhân rõ, nhiều nhân chia, bào tương ưa toan, đứng rời rạc trong mô đệm xơ nhầy.

Mảnh sinh thiết u thận phải: Bên cạnh những vùng tế bào hình thoi với các đặc điểm tương tự như trên mảnh sinh thiết xương sườn, mô u còn gồm các tế bào có bào tương sáng hoặc ưa toan, nhân lớn không đều, hạt nhân rõ, sắp xếp thành đám hoặc ổ (Hình 1). **Hoá mô miễn dịch (HMMD) mảnh sinh thiết:**

Mảnh sinh thiết xương sườn: Các tế bào u hình thoi có bào tương dương tính mạnh và lan toả với dấu ấn Vimentin và âm tính hoàn toàn với dấu ấn CK (Hình 1).

Mảnh sinh thiết thận: Các tế bào u hình thoi với đặc điểm tương tự như tế bào u trên mảnh sinh thiết xương sườn, dương tính mạnh và lan toả với Vimentin. Các tế bào u có bào tương sáng hoặc ưa toan dương tính màng bào tương và bào tương với CK, dương tính màng bào tương với CD10, dương tính bào tương với vimentin và dương tính nhân yếu với PAX8 (dương tính ổ). Các tế bào u âm tính với các dấu ấn Desmin và RCC (Hình 1).



**Hình 1. Hình ảnh vi thể và hoá mô miễn dịch bệnh phẩm sinh thiết**

**A-B. Mảnh sinh thiết xương sườn.** Các tế bào u hình thoi có nhân lớn, hạt nhân rõ, nhiều nhân chia, bào tương ưa toan, đứng rời rạc trong mô đệm xơ nhầy (**A; HE x 400**), dương tính bào tương mạnh, lan toả với Vimentin (**B; HMMD x 400**). **C-F. Mảnh sinh thiết u thận.**

Mô u gồm các vùng tế bào hình thoi với các đặc điểm tương tự như tế bào u trên mảnh sinh thiết xương sườn (**C; HE x 400**), bên cạnh các vùng tế bào có bào tương sáng hoặc ưa toan, nhân lớn không đều, hạt nhân rõ, sắp xếp thành đám (**D; HE x 400**). Tế bào u

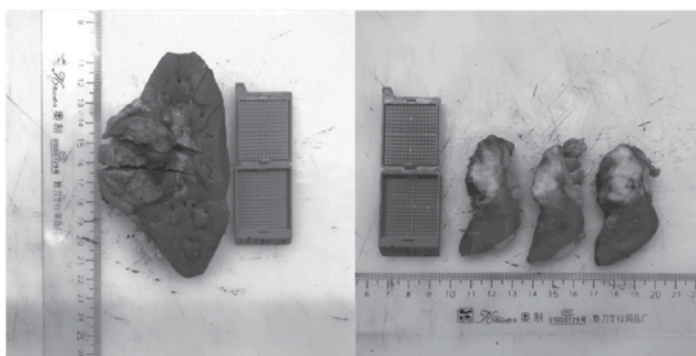
có bào tương sáng hoặc ưa toan này dương tính màng và bào tương với CK (E; HMMMD x 400), dương tính màng bào tương với CD10 (F; HMMMD x 400) và với cả Vimentin (không thể hiện ở đây).

Kết quả giải phẫu bệnh trên mảnh sinh thiết là ung thư biểu mô tế bào thận dạng sarcoma di căn xương sườn. Bệnh nhân sau đó được tiến hành cắt thận phải toàn bộ và gửi bệnh phẩm

làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

**Đại thể**

Thận toàn bộ kích thước 13x6x6 cm kèm đoạn niệu quản dài 12cm, mổ qua có u kích thước 4,1x4x3,7 cm, có phần phát triển lan vào rốn thận. Khối u ranh giới khá rõ, diện cắt qua u đặc, trắng xám, chắc, có vùng vàng mềm kèm chảy máu hoại tử.



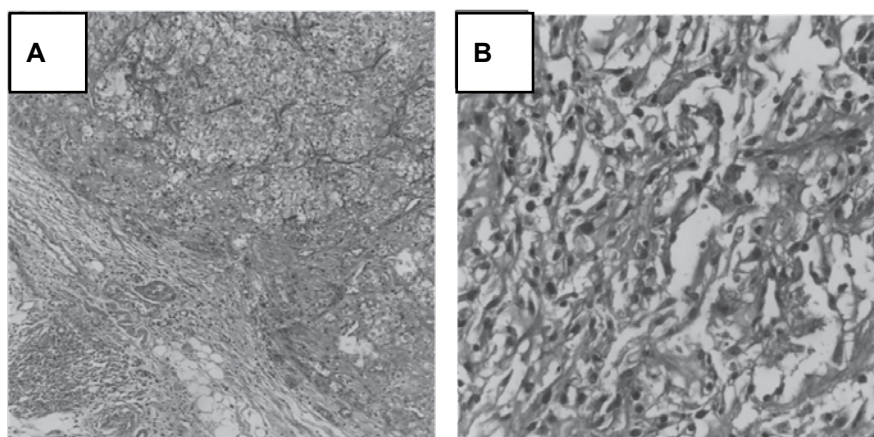
**Hình 2. Hình ảnh đại thể.**

Khối u kích thước 4,1x4x3,7 cm, có phần phát triển lan vào rốn thận, u có ranh giới khá rõ. Diện cắt qua u đặc, trắng xám, chắc, có vùng vàng mềm kèm chảy máu hoại tử.

**Đặc điểm vi thể bệnh phẩm phẫu thuật**

Trên vi thể thấy mô u gồm các tế bào có bào tương sáng hoặc ưa toan, nhân lớn không

đều, hạt nhân rõ, sắp xếp thành đám hoặc ổ, ngăn cách nhau bởi các mạch thành mỏng. U có vùng biệt hoá dạng sarcoma với các tế bào hình thoi nhân lớn, hạt nhân rõ, bào tương ưa toan. Mô u xâm nhập ra mô mỡ quanh thận (Hình 3). Diện cắt rốn thận và niệu quản không có u.



**Hình 3. Hình ảnh vi thể bệnh phẩm mổ u thận**

Mô u gồm các tế bào có bào tương sáng hoặc ưa toan, nhân lớn không đều, hạt nhân rõ, nhiều nhân chia, sắp xếp thành đám hoặc ổ, ngăn cách nhau bởi các mạch máu thành mỏng, mô u có vùng xâm nhập ra mô mỡ quanh thận (**A; HE x 100**), có vùng biệt hoá dạng sarcoma với các tế bào hình thoi nhân lớn, hạt nhân rõ, bào tương ưa toan trên nền mô đệm xơ nhầy (**B; HE x 400**).

### **Chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ**

Ung thư biểu mô tế bào thận tít tế bào sáng có biệt hóa dạng sarcoma (độ mô học IV theo WHO/ISUP 2016), xâm nhập mô mỡ quanh thận, di căn xương sườn (giai đoạn bệnh học pT3NxM1).

## **III. BÀN LUẬN**

Năm 1943, Weisel và cs đã mô tả những khối u của u thận có hình ảnh giống như sarcoma. Sau đó, các nhà giải phẫu bệnh cũng báo cáo một nhóm các sarcoma thận với các đặc điểm của RCC nhưng có biểu hiện lâm sàng tiến triển hơn so với RCC tít thông thường. Từ đó đến nay, đã có nhiều thuật ngữ khác nhau cùng được sử dụng để mô tả nhóm u này như: Ung thư biểu mô - sarcoma của thận; RCC có biệt hóa dạng sarcoma, mất biệt hóa dạng sarcoma, có thành phần dạng sarcoma hay biệt hóa dạng sarcoma. ISUP 2013 và WHO 2016 đã định nghĩa một khối RCC có biệt hóa dạng sarcoma là khi khối u đó có thành phần tế bào hình thoi không điển hình với một tỉ lệ bất kì, giống như một sarcoma thực sự.<sup>2</sup>

sRCC chiếm khoảng 4-5% các trường hợp RCC, nhưng tỉ lệ có thể thay đổi từ 1-29% tùy từng nghiên cứu. Bệnh thường gặp ở các bệnh nhân từ 54 đến 63 tuổi với tỉ lệ nam/nữ thay đổi từ 1,3/1 đến 2/1. Các trường hợp sRCC thường có triệu chứng lâm sàng khác nhau, tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh. Hầu hết các bệnh nhân đều có biểu hiện triệu chứng ở thời điểm chẩn

đoán do hiện tượng u xâm lấn tại chỗ hoặc di căn xa. Các triệu chứng thường không đặc hiệu như đau vùng mạn sườn hoặc đau bụng (51%), sút cân (18-22,6%), mệt mỏi (15%), sốt (6-10,6%), ra mồ hôi về ban đêm (6-12,6%) và ho (6%). Các vị trí di căn xa thường gặp là phổi (34,6-71%), xương (13-44%), hạch bạch huyết (25%), gan (12,6%).<sup>4,5</sup> Trường hợp ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân chỉ có biểu hiện đau vùng vai do khối u di căn đến cung sau xương sườn số VI, nhưng không có biểu hiện đau vùng mạn sườn hay các dấu hiệu toàn thân.

Ngày nay, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật cũng không thể giúp xác định được thành phần dạng sarcoma trong một khối u thận. Một số nghiên cứu hồi cứu đã cố gắng làm sáng tỏ các đặc điểm trên phim chụp CLVT và cộng hưởng từ để có thể giúp chẩn đoán tít u này trước phẫu thuật. Trong một nghiên cứu hồi cứu đánh giá hình ảnh CLVT của các sRCC (n = 20) so với RCC tế bào sáng (n = 25) thì thấy rằng các sRCC thường có kích thước trung bình lớn hơn so với các RCC tít tế bào sáng (7,7 cm so với 5,0 cm, P = 0,003), hay gặp hiện tượng mạch hóa quanh u (P = 0,001) hoặc xuất hiện các mạch lớn quanh khối u (P < 0,001). Tuy nhiên, những đặc điểm này không có tính đặc hiệu.<sup>6</sup> Trong ca bệnh của chúng tôi, chụp CLVT đã định hướng đến một khối RCC ở thận nhưng không thể xác định được thành phần biệt hóa dạng sarcoma của khối u.

### **Đặc điểm giải phẫu bệnh**

#### **Đại thể**

Về mặt đại thể, khối u thường có kích thước lớn với đường kính trung bình là 9,2 cm, thay đổi từ 3 - 25 cm, hay gặp ở thận trái cao hơn một chút so với ở thận phải. Các vùng dạng sarcoma trên đại thể thường được mô tả là dạng đặc, màu xám trắng hoặc màu thịt cá<sup>7</sup>. Ca bệnh của chúng tôi có khối u kích thước 4,1x4x3,7 cm, có phần phát triển lan vào rốn

thận, ranh giới tương đối rõ. Diện cắt qua u đặc, trắng xám, chắc, có vùng vàng mềm kèm chảy máu hoại tử. Các RCC lan vào rốn thận thường gặp ở các u có độ mô học cao, có biệt hóa dạng sarcom và thường hay có di căn xa. Mặt khác, các RCC khi cắt qua thường có màu vàng, nhưng khi thấy những vùng trắng, xám chắc thì cần được lấy vào để tránh bỏ sót thành phần biệt hóa dạng sarcom.<sup>2</sup>

#### *Vi thể*

sRCC không phải là một típ mô học riêng biệt, mà là một đặc điểm chuyển dạng độ ác tính cao có thể gặp trong nhiều típ mô bệnh học khác nhau của RCC, với tỉ lệ: 5 - 8% với típ tế bào sáng, 8 - 9% với típ tế bào kị màu, 2 - 3% với típ nhú và lên tới tới 29% trong ung thư biểu mô ống góp. Nhìn chung, loại mô học có biệt hoá dạng sarcoma thường được báo cáo nhất là RCC típ tế bào sáng vì đây là típ u chiếm tới 80% các trường hợp RCC.<sup>2</sup>

Chẩn đoán sRCC không bắt buộc phải sử dụng các phương pháp đặc biệt như nhuộm mô miễn dịch, phân tích dưới kính hiển vi điện tử hay sinh học phân tử. Theo WHO 2016 và ISUP 2013, sự hiện diện của biệt hoá dạng sarcoma với bất kì tỉ lệ nào cũng là đủ để chẩn đoán sRCC và những khối u này được xếp độ mô học IV. Những khối u mà hình thái mô học hoàn toàn là dạng sarcoma thì nên xếp vào nhóm RCC không định loại.<sup>8</sup> Về mặt vi thể, sRCC thường có hai thành phần mô học: biểu mô và sarcoma. Thành phần biểu mô thường có hình thái điển hình của các típ mô học trong RCC (tế bào sáng, tế bào kị màu, nhú...). Trong khi đó, thành phần dạng sarcoma thường có hình ảnh giống như sarcoma xơ với các tế bào hình thoi ác tính, sắp xếp tạo thành các bó, cuộn; hoặc sarcoma đa hình không biệt hóa, sarcoma cơ trơn, sarcoma xương, sarcoma sụn hoặc thậm chí là một hình thái không định loại. Biệt hoá dạng vân cũng được báo cáo trong

khoảng 15% các RCC dạng sarcoma. Vùng biệt hoá dạng sarcoma có thể là một hoặc hỗn hợp các hình thái mô học này. Thành phần biểu mô và thành phần dạng sarcoma có thể hòa trộn vào nhau hoặc đứng riêng biệt. Khoảng 90% các trường hợp sRCC có hoại tử đông và 30% có xâm nhập mạch.<sup>2,8</sup> Di căn sRCC có thể gặp hình thái dạng sarcoma tương tự như trong khối u nguyên phát. Trong một nghiên cứu thấy rằng những khối u nguyên phát có > 30% biệt hóa dạng sarcoma thì thường có hình thái dạng sarcoma khi di căn.<sup>9</sup> Trong trường hợp của chúng tôi, khối u trên vi thể gồm hai thành phần: biểu mô tạo bởi các tế bào hình đa diện có bào tương sáng hoặc ưa toan, nhân lớn, hạt nhân rõ (nhìn thấy ngay ở độ phóng đại x 100), sắp xếp thành đám hoặc ổ ngăn cách nhau bởi các mạch thành mỏng - đây là những đặc điểm mô học điển hình của RCC típ tế bào sáng; và thành phần biệt hóa dạng sarcoma (chiếm khoảng 15%) tạo bởi các tế bào hình thoi nhân lớn, hạt nhân rõ, nhiều nhân chia, có cả nhân chia không điển hình, các tế bào sắp xếp rời rạc hoặc tạo thành bó trên nền mô đệm xơ nhầy. Đối chiếu với tiêu chuẩn của ISUP 2013 và WHO 2016 thì chẩn đoán sRCC của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp.<sup>3,8</sup>

Trong trường hợp khối u nổi trội thành phần dạng sarcom, có thể cần phải phân biệt với ung thư biểu mô đường niệu dạng sarcoma, u cơ-mỡ-mạch, sarcoma mỡ mất biệt hóa, ung thư biểu mô tuyến vỏ thượng thận dạng sarcoma và các khối u trung mô như u xơ đơn độc, sarcoma màng hoạt dịch... Khi đó, cần tìm các vùng có hình thái biểu mô và sử dụng hóa mô miễn dịch để chứng minh nguồn gốc tế bào thận của thành phần biểu mô này, có thể sử dụng các dấu ấn biệt hóa tế bào thận như PAX2 và PAX8 (dương tính với nhân tế bào), trong đó PAX8 có độ nhạy cao hơn. CAIX dương tính lan tỏa ở màng bào tương

trong 75 - 100% các trường hợp RCC tế bào sáng, nhưng giảm bậc ở các u có độ ác tính cao. CD10 là một dấu ấn của biểu mô ống lượn gần, có thể dương tính với màng tế bào u trong RCC tế bào sáng. Vimentin cũng dương tính trong các RCC tế bào sáng và vùng dạng sarcoma. Ngoài ra, các dấu ấn biệt hóa biểu mô nói chung như CK, EMA cũng có thể dương tính ở trong thành phần dạng sarcoma.<sup>3</sup> Nhờ sự hỗ trợ của hóa mô miễn dịch khi chẩn đoán trên các sinh thiết trước mổ đã giúp chúng tôi định hướng tới sRCC di căn xương sườn. Trong đó, thành phần tế bào u hình thoi có mặt ở cả mảnh sinh thiết xương sườn và mảnh sinh thiết thận đều âm tính với dấu ấn CK và dương tính với dấu ấn vimentin nên được khẳng định là thành phần biệt hóa dạng sarcoma. Thành phần tế bào có bào tương sáng màu hoặc ưa toan trên mảnh sinh thiết thận dương tính với CK, CD10 và vimentin cũng phần nào gợi ý tới nguồn gốc tế bào thận mặc dù vùng này chỉ dương tính yếu với dấu ấn PAX8 và âm tính với dấu ấn RCC.

Cơ chế phát sinh thành phần mô học dạng sarcom trong RCC vẫn chưa được hiểu biết một cách rõ ràng; tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy thành phần này và thành phần biểu mô có thể phát sinh từ cùng một nguồn gốc tế bào, thông qua một quá trình gọi là chuyển dạng biểu mô - trung mô (EMT). EMT có thể xảy ra thông qua nhiều con đường bao gồm TNF, TGF $\beta$ , Wnt, MAPK và PI3K / AKT để điều chỉnh sự biểu hiện của Snail, Zeb và Twist. Việc kích hoạt các yếu tố phiên mã này dẫn đến giảm điều hòa các dấu ấn biểu mô (E-cadherin) và tăng điều hòa các dấu ấn trung mô (N-cadherin). E-cadherin là một protein màng rất quan trọng trong việc kết dính giữa các tế bào; tuy nhiên, trong quá trình EMT, liên kết chặt chẽ giữa các tế bào (E-cadherin) bị phá vỡ, tế bào sẽ biến đổi thành kiểu hình trung mô và có khả năng di căn cao.<sup>2</sup>

Các phương pháp áp dụng cho điều trị sRCC là phẫu thuật cắt thận, hóa trị, điều trị đích và liệu pháp miễn dịch. Mặc dù vậy, tại thời điểm chẩn đoán các bệnh nhân thường đã ở giai đoạn muộn của bệnh nên hiệu quả điều trị thường không cao. Tuy nhiên, kỹ nguyên của liệu pháp miễn dịch đã mang đến những tín hiệu lạc quan cho các bệnh nhân sRCC. Nhiều nghiên cứu cho thấy sRCCs có sự tăng biểu hiện PD1 trên tế bào lympho thâm nhiễm khối u và PDL1 trên tế bào khối u sRCC so với các RCC thông thường. Và đây là cơ sở khoa học để tiến hành các nghiên cứu về thuốc làm phong tỏa các điểm kiểm soát miễn dịch như thử nghiệm CheckMate-214 và Keynote-42.<sup>2</sup>

#### ***Vai trò của sinh thiết trước phẫu thuật trong chẩn đoán sRCC***

Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ung thư thận di căn thường được tiến hành sinh thiết tại vị trí di căn hoặc khối u nguyên phát để chẩn đoán mô bệnh học. Trên thực tế, việc xác định thành phần dạng sarcoma trên sinh thiết u thận còn rất hạn chế. Nguyên nhân được cho là bởi các khối u thận có kích thước lớn thường không đồng nhất về cấu trúc giữa các vùng, trong khi thành phần dạng sarcoma thường chiếm < 50% khối u nên khi lấy mẫu không trúng sẽ rất khó để chẩn đoán. Trong một nghiên cứu, tỉ lệ phát hiện đặc điểm dạng sarcoma trên sinh thiết khối u thận nguyên phát hoặc di căn trước phẫu thuật chỉ khoảng 7,5%. Do đó, để tăng độ chính xác cho chẩn đoán trước phẫu thuật, người ta thường tiến hành sinh thiết nhiều mảnh ở các vị trí khác nhau. Cho đến nay, phương pháp đáng tin cậy nhất để chẩn đoán sRCC vẫn dựa trên đánh giá bệnh phẩm sau phẫu thuật cắt thận bởi các nhà giải phẫu bệnh.<sup>2,10</sup> Trong trường hợp ca bệnh chúng tôi báo cáo, nhờ việc tiến hành sinh thiết nhiều mảnh ở cả vị trí u di căn và u nguyên phát nên có thể giúp đối chiếu hình thái mô u giữa hai vị

trí sinh thiết này, đồng thời kết hợp với nhuộm hóa mô miễn dịch để đi đến một chẩn đoán phù hợp. Ngược lại, nếu bệnh nhân chỉ được sinh thiết vị trí xương sườn và cho thấy hình thái sarcoma như vậy thì sẽ rất khó để định hướng típ mô học của u cũng như khẳng định nguồn gốc là nguyên phát hay di căn.

#### IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo một trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận có biệt hóa dạng sarcoma di căn đến vị trí không thường gặp là xương sườn ở bệnh nhân nam giới, 52 tuổi. Đây là một thể hiếm gặp của ung thư biểu mô tế bào thận, có diễn tiến lâm sàng rầm rộ và tiên lượng xấu. Về mặt vi thể, u được chẩn đoán xác định khi có thành phần biểu mô của RCC kèm theo thành phần dạng sarcoma với bất kỳ tỉ lệ nào.

#### LỜI CẢM ƠN

Tác giả Nguyễn Thị Quỳnh được tài trợ bởi Tập đoàn Vingroup - Công ty CP và hỗ trợ bởi chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), Viện Nghiên cứu Dữ liệu lớn (VinBigdata), mã số VINIF.2020.ThS.61.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-249.
2. Blum KA, Gupta S, Tickoo SK, et al. Sarcomatoid renal cell carcinoma: biology, natural history and management. *Nature Reviews Urology*. 2020;17(12):659-678.
3. Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM. The 2016 WHO classification of tumours of the urinary system

and male genital organs-part A: renal, penile, and testicular tumours. *European urology*. 2016;70(1):93-105.

4. Mian BM, Bhadkamkar N, Slaton JW, et al. Prognostic factors and survival of patients with sarcomatoid renal cell carcinoma. *The Journal of urology*. 2002;167(1):65-70.

5. Cheville JC, Lohse CM, Zincke H, et al. Sarcomatoid renal cell carcinoma: an examination of underlying histologic subtype and an analysis of associations with patient outcome. *The American journal of surgical pathology*. 2004;28(4):435-441.

6. Schieda N, Thornhill RE, Al-Subhi M, et al. Diagnosis of sarcomatoid renal cell carcinoma with CT: evaluation by qualitative imaging features and texture analysis. *American Journal of Roentgenology*. 2015;204(5):1013-1023.

7. de Peralta-Venturina M, Moch H, Amin M, et al. Sarcomatoid differentiation in renal cell carcinoma: a study of 101 cases. *The American journal of surgical pathology*. 2001;25(3):275-284.

8. Delahunt B, Cheville JC, Martignoni G, et al. The International Society of Urological Pathology (ISUP) grading system for renal cell carcinoma and other prognostic parameters. *The American journal of surgical pathology*. 2013;37(10):1490-1504.

9. Shuch B, Said J, LaRochelle JC, et al. Histologic evaluation of metastases in renal cell carcinoma with sarcomatoid transformation and its implications for systemic therapy. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2010;116(3):616-624.

10. Abel EJ, Carrasco A, Culp SH, et al. Limitations of preoperative biopsy in patients with metastatic renal cell carcinoma: comparison to surgical pathology in 405 cases. *BJU international*. 2012;110(11):1742-1746.

## Summary

# SARCOMATOID RENAL CELL CARCINOMA WITH RIB METASTASIS: A RARE CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Sarcomatoid renal cell carcinoma (sRCC) is a rare form of dedifferentiated carcinoma with a high metastatic rate and poor prognosis. Common sites of metastasis include lymph nodes, lung, liver and bone. A case of sRCC with unusual rib metastasis in a 52-year-old male was reported. The patient was hospitalized because of pain in his right shoulder. CT-scanner showed a tumor that measured 36x37 mm in the mid-pole of the right kidney and a focal bone resorption lesion on the right 6th rib. The patient had a rib biopsy and a kidney biopsy with a diagnosis of sRCC with rib metastasis; he then had a complete right nephrectomy. Histologically this tumor consisted of a clear cell renal cell carcinoma component combined with a sarcoma-like component with malignant spindle cells. Postoperative diagnosis was seen in a clear cell renal cell carcinoma with sarcomatoid differentiation with rib metastasis, grade IV. SRCC is relatively rare and has poor prognosis. The tumor is composed of two histological components, epithelium and sarcoma, which can make diagnosis difficult on preoperative biopsy.

**Keywords:** Renal cell carcinoma, sarcomatoid, rib metastasis.