

U THẬN CHỨA MỠ Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH U QUÁI THẬN NGUYÊN PHÁT VÀ U NGUYÊN BÀO THẬN DẠNG QUÁI

Nguyễn Thị Mai Thủy¹ và Đỗ Văn Khang^{2,✉}

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Mặc dù thành phần mỡ đại thể trên chẩn đoán hình ảnh thường gợi ý các tổn thương lành tính, đặc điểm này ở khối u thận trẻ em có thể đại diện cho những bệnh lý phức tạp. Báo cáo này trình bày đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và điều trị của hai ca bệnh u thận chứa mỡ hiếm gặp. Trường hợp thứ nhất là bệnh nhi nam 3 tháng tuổi mắc u quái trưởng thành nguyên phát tại thận, được điều trị bằng phẫu thuật bóc u bảo tồn nhu mô. Trường hợp thứ hai là bệnh nhi nữ 13 tháng tuổi mắc u nguyên bào thận dạng quái, được phẫu thuật cắt thận triệt căn. Cả hai trường hợp đều diễn biến hậu phẫu thuận lợi và không ghi nhận tái phát sau điều trị. Sự hiện diện của tổ chức mỡ trên chẩn đoán hình ảnh không loại trừ bản chất ác tính của khối u thận. Chẩn đoán xác định cần dựa vào mô bệnh học, lựa chọn phương pháp phẫu thuật nên được cá thể hóa theo thương tổn.

Từ khóa: U nguyên bào thận dạng quái, u quái thận nguyên phát, khối u thận chứa mỡ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các khối u đặc nguyên phát tại thận ở trẻ em, u nguyên bào thận (u Wilms) là bệnh lý phổ biến nhất và thông thường không chứa thành phần mỡ.¹ Do đó, việc ghi nhận tổ chức mỡ đại thể trên chẩn đoán hình ảnh dễ làm thay đổi định hướng ban đầu sang các tổn thương lành tính, điển hình là u cơ mỡ mạch (angiomyolipoma).² Đặc biệt ở nhóm bệnh nhi nhỏ tuổi, việc đánh giá hình ảnh đơn thuần trong khi thiếu sự đối chiếu với bối cảnh lâm sàng, tương quan giải phẫu và bằng chứng mô bệnh học có nguy cơ dẫn đến những hướng tiếp cận điều trị chưa thực sự phù hợp.³

Hai chẩn đoán phân biệt cần được lưu tâm trong nhóm u thận chứa mỡ hiếm gặp bao gồm u quái thận nguyên phát và u nguyên bào thận dạng u quái (teratoid Wilms tumor - TWT).⁴ U quái thận nguyên phát là một tổn thương rất

hiếm gặp trên lâm sàng, đặc trưng bởi các tổ chức mô đã biệt hóa phát triển bên trong nhu mô thận. Trong khi đó, TWT là một biến thể mô học của u nguyên bào thận, nơi các thành phần trung mô dị loại (như mô mỡ, sụn, cơ vân hoặc mô thần kinh đệm) chiếm tỷ lệ ưu thế, dù vẫn hiện diện sự xen kẽ của các vùng u Wilms điển hình.⁵ Do bản chất các mô trưởng thành này thường có hoạt động phân bào thấp, TWT có xu hướng đáp ứng hạn chế với các phác đồ hóa trị tân bổ trợ.⁶

Thực tiễn lâm sàng cho thấy chẩn đoán hình ảnh đơn thuần chưa đủ độ đặc hiệu để phân biệt bản chất lành tính hay ác tính của một khối u thận chứa mỡ.⁷ Điều này dẫn đến khó khăn trong hội chẩn đa chuyên khoa khi quyết định chiến lược điều trị (chỉ định hóa trị trước mổ hay phẫu thuật ngay, cắt thận triệt căn hay bảo tồn). Báo cáo này trình bày hai trường hợp u thận chứa mỡ hiếm gặp, qua đó làm rõ logic chẩn đoán và vai trò quyết định của mô bệnh học trong việc cá thể hóa kế hoạch phẫu thuật. Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ theo hướng dẫn quốc tế CARE về báo cáo

Tác giả liên hệ: Đỗ Văn Khang

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dovankhang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 29/04/2026

Ngày được chấp nhận: 01/06/2026

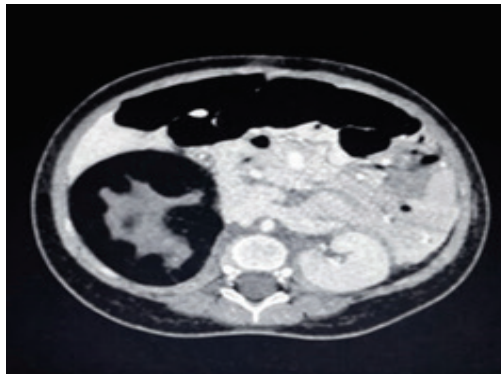
ca bệnh; các quyết định can thiệp đều thông qua hội chẩn đa chuyên khoa dựa trên sự tổng hợp các bằng chứng lâm sàng, hình ảnh học và đối chiếu với các phác đồ hiện hành của SIOP và COG.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

1. Ca lâm sàng 1: U quái trưởng thành nguyên phát tại thận

Bệnh nhi nam, 3 tháng tuổi, được phát hiện khối u cực trên thận phải qua siêu âm tiền sản ở tuần thai thứ 36. Sau sinh, trẻ phát triển thể chất

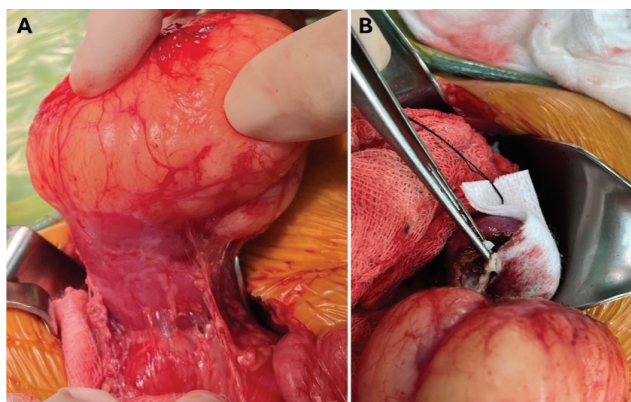
binh thường, không ghi nhận hội chứng khối u hay tăng huyết áp trên lâm sàng. Cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng ghi nhận khối u khu trú tại cực trên thận phải, cấu trúc chủ yếu là mỡ đại thể đồng nhất, xen kẽ dải mô mềm ngấm thuốc kém ở trung tâm, đẩy nhu mô thận xuống dưới. Với bệnh nhi 3 tháng tuổi và hình ảnh khối u giàu mỡ có ranh giới rõ, chỉ định phẫu thuật sớm được đặt ra nhằm xác định bản chất mô học. Kỹ thuật bảo tồn nhu mô thận (nephron-sparing surgery) được ưu tiên thực hiện, kết hợp với sinh thiết tức thì trong mổ để quyết định phạm vi can thiệp.



Hình 1. Hình ảnh cắt lớp vi tính bệnh nhân số 1

Phẫu thuật được tiến hành qua đường mổ mỡ dưới sườn phải. Quan sát thấy khối u kích thước 6x5x4 cm có vỏ bao rõ, xuất phát từ cực trên thận phải, ranh giới rõ với nhu mô lành. Tuyến thượng thận phải được bảo tồn. Phẫu

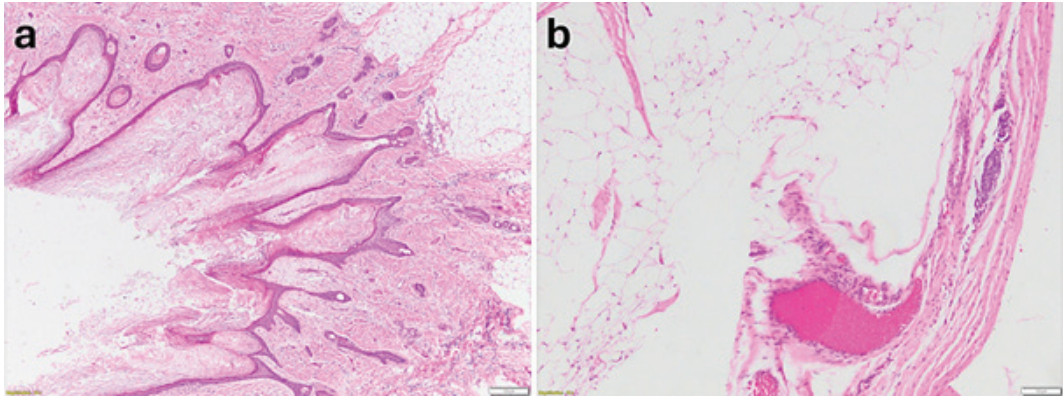
thuật viên thực hiện bóc u bảo tồn nhu mô thận. Sinh thiết tức thì (cắt lạnh) trong mổ gợi ý u quái trưởng thành. Phẫu thuật diễn ra thuận lợi, lượng máu mất không đáng kể.



Hình 2. Hình ảnh đại thể khối u (A) và diện cắt (B)

Mô bệnh học thường quy ghi nhận khối u dạng nang, lót bởi biểu mô lát tầng chứa chất sừng xếp lớp; dưới biểu mô này là mô đệm trung bì chứa các cấu trúc phụ thuộc da như tuyến

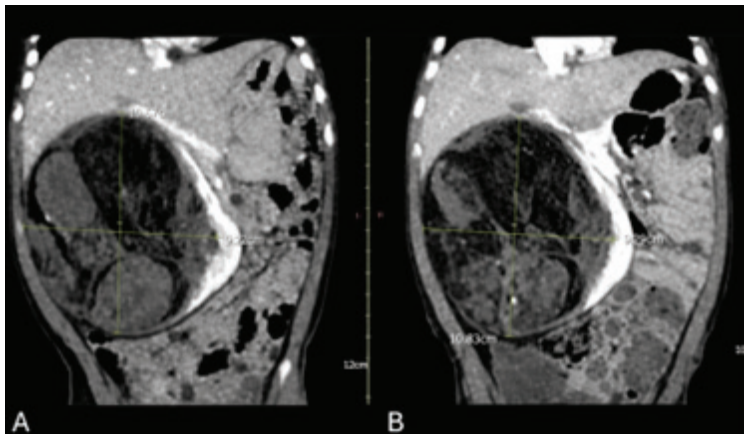
bã và nang lông trưởng thành. Không ghi nhận thành phần tế bào non hay ác tính. Diện cắt phẫu thuật âm tính (R0). Sau 12 tháng theo dõi, trẻ phát triển bình thường, không ghi nhận tái phát.



Hình 3. Hình ảnh mô bệnh học bệnh nhân số 1

- (a) Nang được lót bởi biểu mô vảy sừng hóa, trong lòng chứa chất sừng; tuyến bã và nang lông nằm trong thành nang/mô đệm lân cận, phù hợp biệt hóa theo hướng cấu trúc phụ thuộc da;
 (b) Mô mỡ trưởng thành nằm cạnh vách xơ có mạch máu sung huyết. Sự phối hợp các mô trưởng thành, không thấy thành phần non hoặc ác tính, ủng hộ chẩn đoán u quái trưởng thành nguyên phát tại thận khi đối chiếu với vị trí u và diện cắt âm tính

2. Ca lâm sàng 2: U nguyên bào thận dạng quái



Hình 4. Hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng bệnh nhân số 2

- (A) Phim chụp trước hóa trị cho thấy một khối u thận phải kích thước lớn, với thành phần chủ yếu là tổ chức giống mỡ; (B) Phim chụp đánh giá lại sau 4 tuần hóa trị tân bổ trợ, ghi nhận kích thước và cấu trúc khối u không có sự thay đổi đáng kể

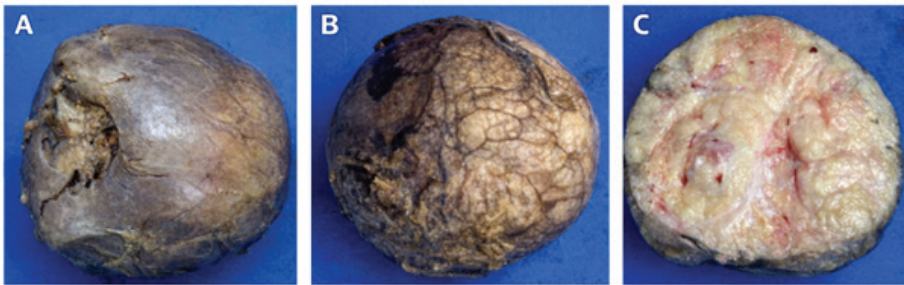
Bệnh nhi nữ, 13 tháng tuổi, tiền sử sinh non 33 tuần, nhập viện vì khối u lớn chiếm gần trọn nửa bụng phải. Cắt lớp vi tính ổ bụng

ghi nhận khối u xuất phát từ thận phải, kích thước 95 × 95 × 106 mm, cấu trúc hỗn hợp với thành phần mỡ đại thể chiếm ưu thế (tỷ

trọng -70 đến -100 HU). Đứng trước nghi vấn chẩn đoán giữa u cơ mỡ mạch (lành tính) và u Wilms (ác tính), hội chẩn đa chuyên khoa đã chỉ định sinh thiết kim. Kết quả mô bệnh học là u nguyên bào thận type mô đệm. Dựa trên bản chất ác tính đã xác định và nguy cơ vỡ u nếu phẫu thuật ngay (do kích thước lớn), bệnh nhi được chỉ định hóa trị tân bổ trợ 4 tuần theo phác đồ SIOP nhằm mục tiêu thu nhỏ khối u và tạo thuận lợi cho cuộc mổ.

Tuy nhiên, đánh giá lại trên CT sau điều trị

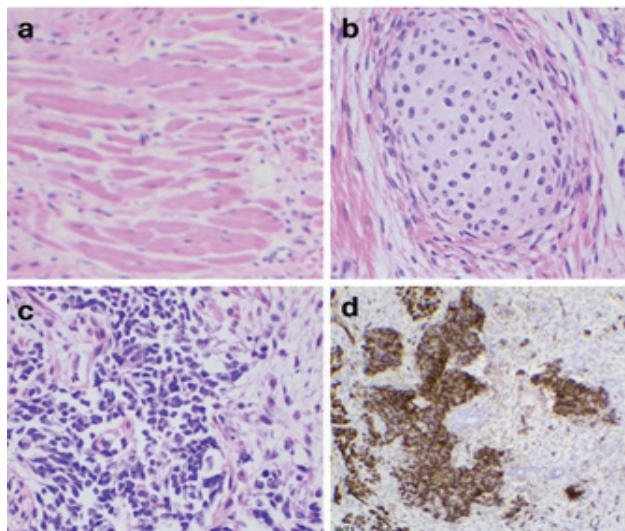
cho thấy khối u ít đáp ứng, kích thước không thay đổi đáng kể (102×97×109 mm) và cấu trúc mỡ - mô mềm vẫn tồn tại. Bệnh nhi được chỉ định cắt thận phải triệt căn sau hóa trị tân bổ trợ do khối u lớn, chiếm gần toàn bộ thận và không đạt tiêu chí an toàn cho phẫu thuật bảo tồn nhu mô. Quá trình phẫu thuật thuận lợi, không vỡ u, kiểm soát mạch máu tốt và lượng máu mất ít. Đại thể khối u nặng 620 g, chiếm gần toàn bộ bộ thận; mặt cắt u màu vàng mềm xen kẽ vùng trắng dai.



Hình 5. Hình ảnh đại thể bệnh phẩm bệnh nhân số 2

(A, B) Mặt ngoài khối u lớn, có vỏ bao, chiếm gần hết nhu mô thận.

(C) Diện cắt ngang cho thấy cấu trúc hỗn hợp với các vùng vàng giống mỡ xen kẽ các vùng đặc trắng, phù hợp với sự biệt hóa dạng u quái



Hình 6. Đặc điểm vi thể và hóa mô miễn dịch bệnh nhân số 2

(a) Hình ảnh các sợi cơ vân (nhuộm H&E); (b) Đào sụn trưởng thành nằm trong mô đệm khối u (nhuộm H&E); (c) Vùng tế bào mầm/u Wilms còn tồn tại xen kẽ trong nền các mô dị loại trưởng thành (nhuộm H&E); (d) Hóa mô miễn dịch cho thấy dương tính mạnh với WT1 tại nhân của các thành phần mầm và biểu mô, xác nhận chẩn đoán u nguyên bào thận

Hình ảnh vi thể sau mổ ghi nhận sự hiện diện đa dạng của các thành phần biệt hóa kiểu u quái (mô thần kinh đệm, mỡ, cơ vân, sụn) xen kẽ với các thành phần điển hình của u Wilms. Diện cắt phẫu thuật và hạch vùng đều âm tính với tế bào ác tính. Chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là u nguyên bào thận dạng quái, giai đoạn I, nhóm nguy cơ trung bình. Hậu phẫu diễn biến ổn định, không biến chứng. Bệnh nhi tiếp tục được điều trị hỗ trợ theo phác đồ. Sau 6 tháng theo dõi, trẻ khỏe mạnh, không ghi nhận tái phát tại chỗ hay di căn xa trên chẩn đoán hình ảnh.

III. BÀN LUẬN

Hai ca lâm sàng trong báo cáo này minh họa cho việc một đặc điểm hình ảnh chung, sự hiện diện của thành phần mỡ đại thể trong u thận có thể đại diện cho hai bản chất bệnh học hoàn toàn khác biệt. Ở trường hợp thứ nhất, khối u được phát hiện từ giai đoạn tiền sản, có ranh giới rõ ràng và vỏ bao nguyên vẹn; kết quả vi thể chỉ ghi nhận các cấu trúc mô biệt hóa, phù hợp với chẩn đoán u quái trưởng thành nguyên phát tại thận. Trái lại, ở trường hợp thứ hai, mặc dù khối u xuất phát từ thận có kích thước lớn và chứa tỷ lệ mô mỡ đáng kể, cả mảnh sinh thiết và bệnh phẩm sau mổ đều khẳng định sự tồn tại của thành phần u Wilms, củng cố chẩn đoán TWT. Điểm nhấn lâm sàng rút ra từ đây là: sự hiện diện của mỡ đại thể trên cắt lớp vi tính (CT) chưa đủ cơ sở để kết luận đây là một tổn thương lành tính.

Về phương diện chẩn đoán hình ảnh, CT đóng vai trò thiết yếu trong việc xác định nguồn

gốc khối u, đánh giá kích thước, sự tương quan với bó mạch thận - hệ thống đài bể thận, cũng như phát hiện thành phần mỡ đại thể. Tuy nhiên, hình ảnh học không thể thay thế cho tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học, bởi lẽ u cơ mỡ mạch (angiomyolipoma - AML), u quái thận và TWT đều có thể biểu hiện thành phần mỡ trên phim chụp.⁷ Cụ thể trong báo cáo này, hình ảnh của ca bệnh thứ hai đã đặt ra chẩn đoán phân biệt với u cơ mỡ mạch; song, quyết định hóa trị tân bổ trợ chỉ được đưa ra sau khi có kết quả sinh thiết kim chứng minh bản chất u nguyên bào thận. Cách tiếp cận này khẳng định nguyên tắc điều trị dựa trên bằng chứng mô bệnh học, tránh chỉ định hóa trị trên một tổn thương đang nghi ngờ là u cơ mỡ mạch.

Về mặt mô bệnh học, điểm phân biệt then chốt nằm ở cấu trúc tổ chức mô và sự hiện diện của các thành phần u Wilms. Đối với u quái thận nguyên phát, trước hết cần khẳng định tổn thương hoàn toàn khu trú tại thận, loại trừ khả năng xâm lấn hay di căn từ cơ quan khác; đồng thời, khối u được cấu tạo bởi các thành phần biệt hóa với cấu trúc u quái đặc trưng.⁸ Ngược lại, u Wilms dạng u quái (TWT) được chẩn đoán khi thành phần mô dị loại chiếm ưu thế, nhưng trên vi thể vẫn nhận diện được các cấu trúc kinh điển của u Wilms như nguyên bào thận, biểu mô ống thận hoặc mô đệm nguyên thủy.⁵ Do đó, sự hiện diện đơn thuần của biểu mô vảy, tuyến bã hay mô mỡ là chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán u quái trưởng thành; cần phải loại trừ một cách cẩn trọng các thành phần của u Wilms cũng như các cấu trúc mô chưa trưởng thành hoặc ác tính.

Bảng 1. Đặc điểm chẩn đoán phân biệt giữa u quái thận nguyên phát và u nguyên bào thận dạng quái

Tiêu chí	U quái thận nguyên phát	U nguyên bào thận dạng quái
Bản chất	Tổn thương dạng u quái trong thận, thường lành tính nếu toàn bộ là mô trưởng thành.	Biến thể của u Wilms, có thành phần mô dị loại trưởng thành chiếm ưu thế nhưng vẫn là u thận ác tính.
Mô bệnh học quyết định	Cấu trúc mô trưởng thành, có thể theo hướng da/phụ thuộc da, mỡ, sụn hoặc mô khác; không thấy thành phần non/ác tính.	Mô dị loại như mỡ, sụn, cơ vân, mô thần kinh đệm xen kẽ tế bào mầm/ống thận/mô đệm u Wilms.
Ý nghĩa hình ảnh	Có thể là khối giàu mỡ, có vỏ, khu trú; dễ nhầm với tổn thương thượng thận hoặc tổn thương mỡ lành tính.	Có thể giàu mỡ nhưng thường khối lớn, hỗn hợp mỡ - mô mềm; mỡ không loại trừ ác tính.
Hệ quả điều trị	Có thể cân nhắc phẫu thuật bảo tồn nhu mô nếu u khu trú, ranh giới rõ và diện cắt an toàn.	Thường cần cắt thận triệt căn nếu u lớn/một bên; kém đáp ứng hóa trị không đồng nghĩa cần leo thang hóa trị ngay. ^{5,6} teratoid Wilms tumor (TWT

Nhìn nhận từ góc độ điều trị nội khoa, trường hợp thứ hai minh họa rõ giá trị của việc theo dõi và đánh giá đáp ứng sau hóa trị tân bổ trợ. Theo chiến lược tiếp cận của SIOP, hóa trị trước mổ thường được áp dụng cho trẻ trên 6 tháng tuổi có khối u thận nghi ngờ u nguyên bào thận, với sinh thiết được cân nhắc trong các trường hợp không điển hình hoặc khi chẩn đoán chưa chắc chắn, nhằm thu nhỏ khối u và giảm nguy cơ tai biến phẫu thuật.⁹ Tuy nhiên, TWT thường biểu hiện mức độ đáp ứng kém do phần lớn thể tích khối u được cấu tạo từ các mô biệt hóa với hoạt động phân bào thấp. Khi khối u không ghi nhận sự thuyên giảm kích thước sau 4 tuần hóa trị, đặc biệt trong bối cảnh hình ảnh học giàu mỡ kết hợp với mô bệnh học type mô đệm, TWT cần được đặt ra như một chẩn đoán phân biệt ưu tiên. Trong tình huống lâm sàng này, quyết định chuyển hướng sang can thiệp phẫu thuật triệt căn sớm là hợp lý hơn so với việc kéo dài hay nâng phác đồ hóa trị khi lợi ích chưa rõ ràng.⁶

Về phương diện can thiệp ngoại khoa, quyết định phẫu thuật bảo tồn nhu mô thận hay cắt thận triệt căn cần được cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên bản chất sinh học của tổn thương và khả năng đảm bảo diện cắt an toàn (diện cắt âm tính).¹⁰ Ở ca lâm sàng thứ nhất, đặc điểm khối u có vỏ bọc rõ ràng, khu trú tại cực thận kết hợp cùng kết quả sinh thiết tức thì phù hợp với u quái trưởng thành đã củng cố tính hợp lý của chỉ định bóc u, bảo tồn nhu mô. Ngược lại, ở ca thứ hai, khối u có kích thước lớn, chiếm gần toàn bộ chủ mô thận, kém đáp ứng với hóa trị tân bổ trợ và không còn thỏa mãn các tiêu chí phẫu thuật bảo tồn. Trong tình huống này, tiến hành cắt thận triệt căn là một lựa chọn tối ưu.¹¹included in the Children's Oncology Group (COG Chiến lược này giúp duy trì giai đoạn bệnh ở mức thấp, giảm nguy cơ tăng giai đoạn do vỡ u, qua đó hạn chế tối đa nhu cầu phải điều trị bổ trợ tăng cường về sau. Hai ca bệnh nhấn mạnh vai trò thiết yếu của việc tiếp cận đồng bộ giữa chẩn đoán hình ảnh, bằng chứng

mô bệnh học và hội chẩn đa chuyên khoa. Sự phối hợp đa mô thức này giúp tránh được hai sai lầm quan trọng: nhận định chủ quan rằng mọi khối u giàu mô mỡ đều là tổn thương lành tính, và kéo dài hóa trị liệu không cần thiết đối với biến thể TWT – một thể bệnh vốn mang đặc tính kém đáp ứng với hóa trị.

IV. KẾT LUẬN

Sự hiện diện của tổ chức mỡ trên chẩn đoán hình ảnh chưa đủ để loại trừ bản chất ác tính của khối u thận ở trẻ em. CT giúp nhận diện thành phần mỡ và lập kế hoạch mổ, nhưng chẩn đoán xác định vẫn cần dựa vào mô bệnh học. Đối với khối u giàu mỡ có sinh thiết u nguyên bào thận và đáp ứng kém sau hóa trị tân bổ trợ, có thể nghĩ tới TWT để xem xét chuyển hướng phẫu thuật sớm, hạn chế việc kéo dài hóa trị khi lợi ích chưa rõ ràng. Phẫu thuật bảo tồn nhu mô có thể cân nhắc cho u quái trưởng thành khu trú, trong khi cắt thận triệt căn vẫn là lựa chọn an toàn cho TWT một bên kích thước lớn nhằm bảo đảm nguyên tắc ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Artunduaga M, Eklund M, Van der Beek JN, et al. Imaging of pediatric renal tumors: A COG Diagnostic Imaging Committee/SPR Oncology Committee White Paper focused on Wilms tumor and nephrogenic rests. *Pediatric Blood and Cancer*. 2023;70(S4). doi:10.1002/pbc.30004
2. Guo Y, Kapoor A, Cheon P, et al. Canadian Urological Association best practice report: Diagnosis and management of sporadic angiomyolipomas. *Can Urol Assoc J*. 2020;14(11):E527-E536. doi:10.5489/cuaj.6942
3. Balis F, Green DM, Armstrong A, et al. Wilms Tumor, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2025;23(8):319-342. doi:10.6004/jnccn.2025.0037
4. Monteiro RL, Neves TJ, Leal Campos BS, et al. Renal teratoma: Literature review and case report. *Urology Case Reports*. 2021;38:101658. doi:10.1016/j.eucr.2021.101658
5. Wu W, Wu Y, Xu W, et al. Teratoid Wilms Tumor and Classical Wilms Tumor: A Retrospective 10-Year Single-Center Study and Literature Review. *Front Surg*. 2022;8. doi:10.3389/fsurg.2021.781060
6. Duncan C, Sarvode Mothi S, Santiago TC, et al. Response of bilateral Wilms tumor to chemotherapy suggests histologic subtype and guides treatment. *J Natl Cancer Inst*. 2024;116(8):1230-1237. doi:10.1093/jnci/djae072
7. Almazedi B, Stubbs C. Renal angiomyolipoma: from imaging to intervention. *Clinical Radiology*. 2024;79(1):25-32. doi:10.1016/j.crad.2023.09.028
8. Rampersad B, Raghunanan B. Renal teratoma – A rare cause of hydronephrosis. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*. 2021;69:101800. doi:10.1016/j.epsc.2021.101800
9. Jackson TJ, Williams RD, Brok J, et al. The diagnostic accuracy and clinical utility of pediatric renal tumor biopsy: Report of the UK experience in the SIOP UK WT 2001 trial. *Pediatr Blood Cancer*. 2019;66(6):e27627. doi:10.1002/pbc.27627
10. Murphy AJ, Davidoff AM. Nephron-sparing surgery for Wilms tumor. *Front Pediatr*. 2023;11. doi:10.3389/fped.2023.1122390
11. Mata MM, Fernandez-Pineda I. Wilms Tumor: NWTSG/COG Versus SIOP Approach Now and in the Future. In: Slidell MB, Henry MCW, eds. *Difficult Decisions in Pediatric Surgery*. Springer Nature Switzerland; 2025:143-154. doi:10.1007/978-3-031-80468-7_13

Summary

FAT-CONTAINING RENAL TUMORS IN CHILDREN: A CASE REPORT OF PRIMARY RENAL TERATOMA AND TERATOID WILMS TUMOR

Although macroscopic fat on imaging typically suggests benign lesions, this finding in pediatric renal tumors may represent complex pathological entities. This report presents the clinical, histopathological, and therapeutic features of two rare cases of fat-containing renal tumors. The first case involves a 3-month-old male infant with a primary mature renal teratoma, successfully managed with nephron-sparing surgery (tumor enucleation). The second case describes a 13-month-old female infant diagnosed with a teratoid Wilms tumor, who underwent a radical nephrectomy. Both patients experienced uneventful postoperative courses with no evidence of recurrence to date. The presence of adipose tissue on imaging may not be sufficient to definitively rule out malignancy. A definitive diagnosis fundamentally relies on histopathological examination, and the surgical approach should be carefully individualized based on specific lesion characteristics.

Keywords: Teratoid Wilms tumor, primary renal teratoma, fat-containing renal tumors.