

# UNG THU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

Bs. Phạm Thế Anh

# NỘI DUNG

- Case report
- Đại cương
- Dịch tễ học
- Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ
- Đặc điểm của bướu niệu mạc đường niệu trên
- Chẩn đoán
- Tiên lượng
- Điều trị
- Theo dõi





CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)  
254 Hòa Hảo, KP11, P.Vườn Lài, TP. Hồ Chí Minh  
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao"  
để đăng kí khám và xem kết quả  
khám nhanh hơn

QRCode kết quả

(QR code kết quả chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.)



\*8307588\*

Khoa : SIÊU ÂM TỔNG QUÁT - Phòng 19

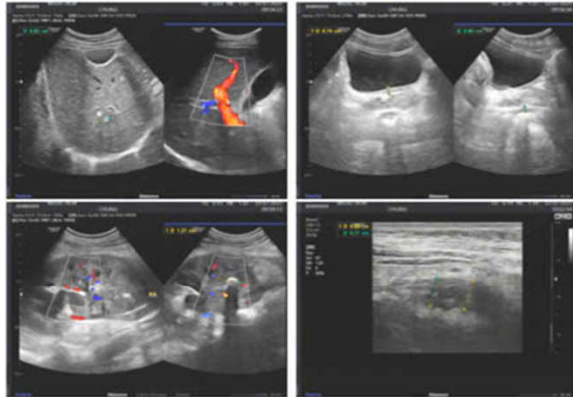
Máy: Samsung HS30

## KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID : 8307588 Ngày ĐK: 03/07/2025 07:56  
Họ và tên : 53 tuổi Nam  
Địa chỉ :  
Chẩn đoán sơ bộ : HỘI CHỨNG ĐẠ ĐẪY , ĐAU HỒNG P.  
BS chỉ định : BS. CKI. PHAN NGUYỄN THIÊN CHÂU BV chỉ định : MEDIC

### VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, gan P có vài nốt vôi 5-> 8mm
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to
- THẬN P: có nhiều sỏi 4-> 15mm, ứ nước độ 1. THẬN T: có vài sỏi 4-> 8mm, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, vách dày nhẹ 7mm
- TIẾN LIỆT TUYẾN: không to
- Động mạch chủ bụng không phình.- Ascites (-).
- Vách ruột vùng hồng- hạ sườn Phải dày 6-> 9mm, vách trực tràng dày nhẹ 6,3mm. Hạch mạc treo hồng P, 4-5mm



**KẾT LUẬN :** NỐT VÔI GAN PHẢI. NHIỀU SỎI 2 THẬN, P> T. Ứ NƯỚC THẬN PHẢI ĐỘ 1. DÀY VÁCH RUỘT VÙNG HỒNG VÀ HẠ SƯỜN PHẢI. DÀY NHẸ VÁCH BÀNG QUANG VÀ TRỰC TR tràng.

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 03/07/2025 10:09  
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Võ Nguyễn Thục Quyên



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)  
254 Hòa Hảo, KP11, P.Vườn Lài, TP. Hồ Chí Minh  
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao"  
để đăng kí khám và xem kết quả  
khám nhanh hơn

QRCode kết quả

(QR code kết quả chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp QR code cho người khác.)



\*8307588\*

## MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 250710143 Ngày ĐK : 10/07/2025 13:32  
Bệnh nhân : Tuổi : 53 Nam - ĐT : 0937469424  
Địa chỉ :  
BS chỉ định : BS. NGUYỄN THỦY NGA BV : MEDIC Khoa : PK  
Chẩn đoán sơ bộ :

Vùng : CT NỘI SOI ĐẠI TR tràng ẢO Máy : MSCT 640\_2 Tiềm chất tương phản  
Kết quả : \*\*\* KỸ THUẬT:  
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiềm TM chất cản quang.  
Có thực hiện nội soi đại tràng ảo.

### \*\* KẾT QUẢ:

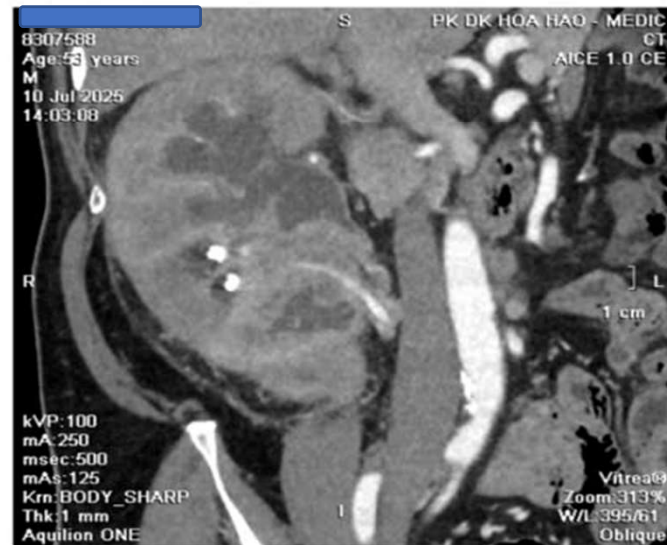
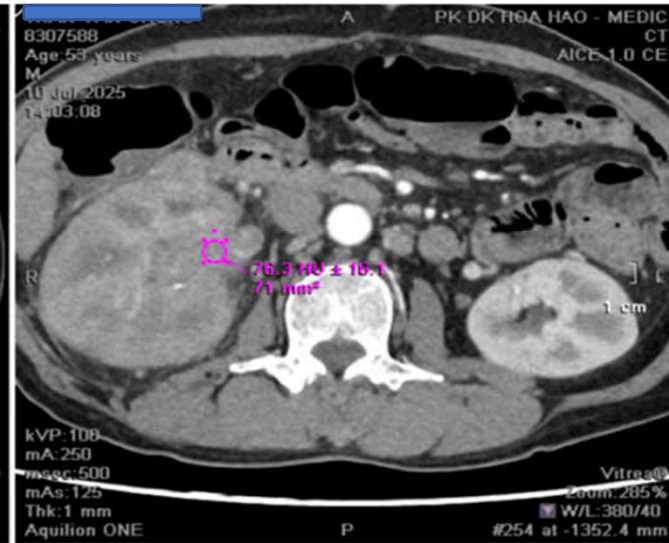
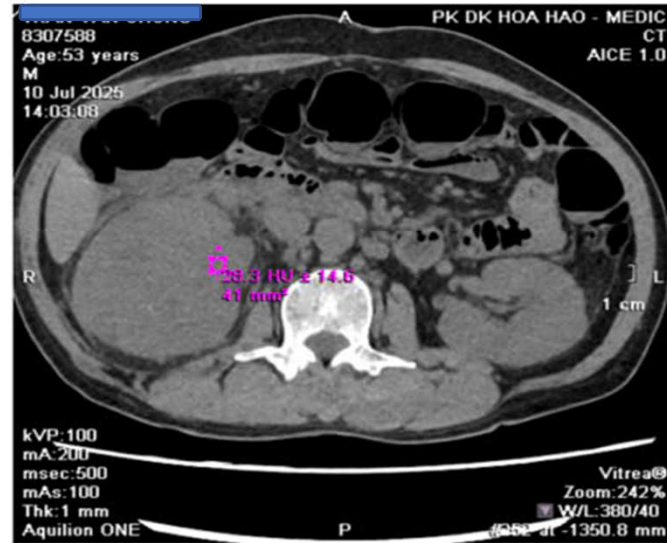
Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan trước và sau tiêm thuốc cản quang. Vài nốt đóng vôi gan phải.  
Túi mật thành mỏng, không sỏi cản quang.  
Đường mật trong và ngoài gan không giãn. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang.  
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.  
Thận trái hình dạng kích thước bình thường, không ứ nước.  
Vài sỏi dài thận hai bên d#7,5mm.  
Thận phải to, giảm bắt và thải thuốc cản quang. Thương tổn dạng thâm nhiễm đài bể thận chủ yếu cực dưới, thương tổn bắt thuốc cản quang nhẹ, xóa mờ mô mỡ xung quanh. Dày thành phù nề đài thận và đoạn đầu niệu quản phải. Cận thương tổn có hạch d#10mm, bắt thuốc cản quang.  
Thương tổn dày thành bàng quang, dày 11mm. Thương tổn bắt thuốc cản quang nhẹ, không xâm lấn xung quanh.  
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.  
Không thấy đặc-huyết xương bất thường trong vùng khảo sát. Khuyết eo L5 hai bên.  
Nội soi đại tràng ảo: Không thấy chồi sùi hay dày thành đại tràng trên CTNSĐTA này. Vài túi thừa đại tràng  
\*\*\* KẾT LUẬN:  
THEO DÕI U NIỆU MẠC ĐAI - BỂ THẬN + ĐOẠN ĐẦU NIỆU QUẢN PHẢI VÀ BÀNG QUANG. BỆNH LÝ CHỦ MÔ THẬN PHẢI.  
CĐPB: VIÊM THẬN-BỂ THẬN- ĐOẠN ĐẦU NIỆU QUẢN PHẢI- VIÊM BÀNG QUANG.  
SỎI THẬN HAI BÊN.  
NỐT ĐÓNG VÔI GAN PHẢI, THEO DÕI DI CHỨNG BỆNH GAN CŨ.  
KHUYẾT EO L5.  
VÀI TÚI THỪA ĐẠI TR tràng CHƯA BIẾN CHỨNG  
C CLASSIFICATION: C1  
E CLASSIFICATION: E4

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 10/07/2025 15:13  
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKII. Võ Nguyễn Thành Nhân

# PK DK HOA HAO - MEDIC

<b>Patient ID:</b> 8307588	<b>Referring Physician:</b>
<b>Patient Name:</b>	<b>Exam Type:</b>
<b>Date of Birth:</b> 01 Jan 1972	<b>Scan Date:</b> 10 Jul 2025
<b>Gender:</b> M	<b>Report Date:</b> 19 Aug 2025-03:12PM



Enter the general comments here.



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)  
254 Hòa Hảo, KP11, P.Vườn Lài, TP. Hồ Chí Minh  
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao"  
để đăng kí khám và xem kết quả  
khám nhanh hơn

QRCode kết quả

(QR code kết quả chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp QR code cho người khác.)



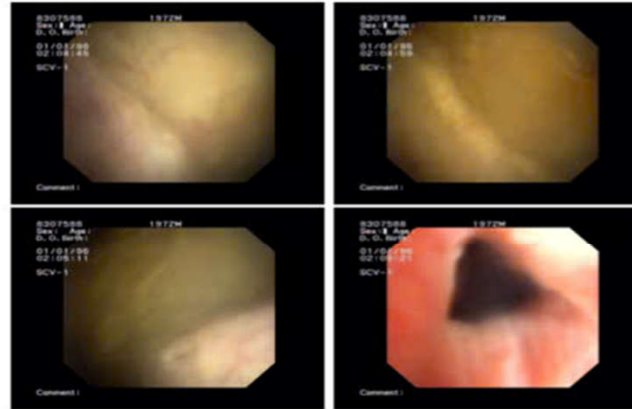
\*8307588\*

Máy: DOPPLER MÀU mindray  
**KẾT QUẢ NỘI SOI**

ID : **8307588** Ngày ĐK: 25/07/2025  
Họ và tên : 53 tuổi Nam  
Địa chỉ :  
Chẩn đoán sơ : TD U NIỆU MẠC P  
bộ  
Bác sĩ chỉ định : BS. PHẠM THẾ ANH BV chỉ định : MEDIC

**VÙNG KHẢO SÁT : NS BỌNG ĐÁI ỚNG MỀM**

Vừa đặt máy vừa soi, nước tiểu ra trong.  
Niệu đạo trước bình thường.  
Niệu đạo sau bình thường.  
Tiến liệt tuyến bình thường.  
Trương lực bàng quang bình thường.  
Dung tích bàng quang 300 ml.  
Cổ bàng quang bình thường.  
Niêm mạc bàng quang CỘT HỖM, lòng bàng quang không sỏi, không bướu.  
Hai miệng niệu quản vị trí 4 giờ, 7 giờ, hình khe, phun nước tiểu trong.



**KẾT LUẬN :**

**GHI NHẬN CỘT HỖM BÀNG QUANG  
HIỆN TẠI KHÔNG THẤY BƯỚU NIỆU MẠC QUA NỘI SOI BÀNG QUANG**

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 25/07/2025  
(Bác sĩ đã ký)

PGS. TS. Bs. Nguyễn Tuấn Vinh



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO  
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)  
Hotline: (028) 3834 9593  
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM  
Tel: (028) 3927 0284 (Ext.1134)  
Email: hoahaomediclab@gmail.com  
www.medic-lab.com / www.medic-lab.com.vn

PID: 8307588 S.T.T.: 143167  
Ngày giờ đăng ký: 07:49:23 24/07/2025  
Ngày giờ lấy mẫu: 08:01:00 24/07/2025  
Ngày giờ nhận mẫu: 08:04:00 24/07/2025

**PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  
(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên:  
Ngày tháng năm sinh: 1972  
Số CCCD/Hộ chiếu:  
Địa chỉ:  
Đơn vị: Medic  
Nơi lấy mẫu: Lâu 4  
Loại mẫu: Máu/N.Tiểu

Phái: Nam  
Quốc tịch:  
ĐT:

BS yêu cầu: BS. PHẠM THẾ ANH  
Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
<b>I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION</b>			
<b>NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)<sup>1</sup></b>			
WBC	24.0 H	(4.0 - 10.5)10 <sup>9</sup> /L	QTHH019
% Neu	82.7	(40 - 74 %)	
% Lym	12.1	(19 - 48 %)	
% Mono	4.4	(3 - 9 %)	
% Eos	0.6	(0 - 7 %)	
% Baso	0.2	(0 - 1.5 %)	
# Neu	19.9 H	(1.7 - 7.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Lym	2.9	(1.0 - 4.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Mono	1.1 H	(0.1 - 1.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Eos	0.1	(0 - 0.5) 10 <sup>9</sup> /L	
# Baso	0.0	(0 - 0.2) 10 <sup>9</sup> /L	
RBC	3.64 L	(3.80 - 5.60)10 <sup>12</sup> /L	QTHH020
Hb	9.7 L	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	29.5 L	(35 - 52 %)	
MCV	81.1	(80 - 100 fL)	
MCH	26.6	(26 - 32 pg)	
MCHC	32.8	(32 - 36 g/dL)	
RDW	14.8	(11.0 - 15.7%)	
PLT	615 H	(150 - 400)10 <sup>9</sup> /L	QTHH021
MPV	6.3	(6.30 - 12.0 fL)	

**II. VI SINH/NUỐC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH -  
MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS**

(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên:  
Ngày tháng năm sinh: 1972  
Số CCCD/Hộ chiếu:  
Địa chỉ:  
Đơn vị: Medic  
Nơi lấy mẫu: Lâu 4  
Loại mẫu: Máu

Phái: Nam  
Quốc tịch:  
ĐT:

BS yêu cầu: BS. PHẠM THẾ ANH  
Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
<b>I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION</b>			
<b>NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)<sup>1</sup></b>			
WBC	29.0 H	(4.0 - 10.5)10 <sup>9</sup> /L	QTHH019
% Neu	82.6	(40 - 74 %)	
% Lym	12.3	(19 - 48 %)	
% Mono	3.2	(3 - 9 %)	
% Eos	1.6	(0 - 7 %)	
% Baso	0.3	(0 - 1.5 %)	
# Neu	24.0 H	(1.7 - 7.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Lym	3.6	(1.0 - 4.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Mono	0.9	(0.1 - 1.0) 10 <sup>9</sup> /L	
# Eos	0.5	(0 - 0.5) 10 <sup>9</sup> /L	
# Baso	0.1	(0 - 0.2) 10 <sup>9</sup> /L	
RBC	3.58 L	(3.80 - 5.60)10 <sup>12</sup> /L	QTHH020
Hb	9.4 L	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	28.7 L	(35 - 52 %)	
MCV	80.4	(80 - 100 fL)	
MCH	26.4	(26 - 32 pg)	
MCHC	32.9	(32 - 36 g/dL)	
RDW	14.9	(11.0 - 15.7%)	
PLT	585 H	(150 - 400)10 <sup>9</sup> /L	QTHH021
MPV	6.0 L	(6.30 - 12.0 fL)	
<b>II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY</b>			
hs CRP	76.31 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028

\* Đây là kết quả dạng số trả về từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân  
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.  
**Lấy máu tại nhà: 0707 032 052**  
H: High - L: Low  
Số trang: 1/2



PID: 8307588 S.T.T.: 143282  
Ngày giờ đăng ký: 14:09:39 28/07/2025  
Ngày giờ lấy mẫu: 14:10:00 28/07/2025  
Ngày giờ nhận mẫu: 14:17:00 28/07/2025  
**PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  
(BM.KQ.22.1 - Ngày ban hành BM: 01/05/2024 - Phiên bản: 1.0)

Họ tên: TRẦN VĂN CHUNG  
Ngày tháng năm sinh: 1972  
Số CCCD/Hộ chiếu:  
Địa chỉ: 368/82 E ẤP 2, X. ĐÔNG THẠNH, H. HỒC MÓN, TP.HCM  
Đơn vị: Medic  
Nơi lấy mẫu: Lâu 4  
Loại mẫu: Máu

Phái: Nam  
Quốc tịch:  
ĐT: 0937469424

BS yêu cầu: BS. PHẠM THẾ ANH  
Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
<b>*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)</b>			
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	1.29	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	66	(≥ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	

Thời gian duyệt: 15:04:14 28/07/2025  
Người duyệt: Bs.Hà Thị Hồng Nhung

In lần 1: 15:04:19 28/07/2025  
Trưởng khoa xét nghiệm

*Trần Văn Chung*



Địa chỉ (addr):

Vị trí bệnh phẩm (specimen location):

Chẩn đoán (clinical diagnosis):

BS điều trị (requesting doctor):

Địa chỉ (addr):

Điện thoại (tel):

Ngày lấy mẫu (collection date):

Ngày nhận mẫu (date received):

Điện thoại (tel):

Ngày nhận mẫu (date received):

## ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH

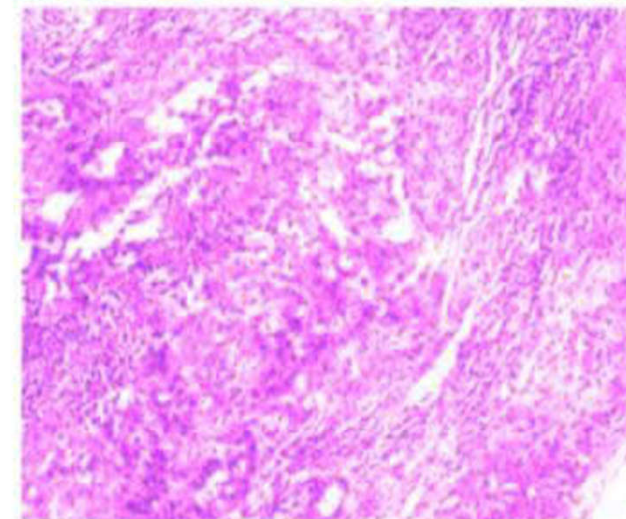
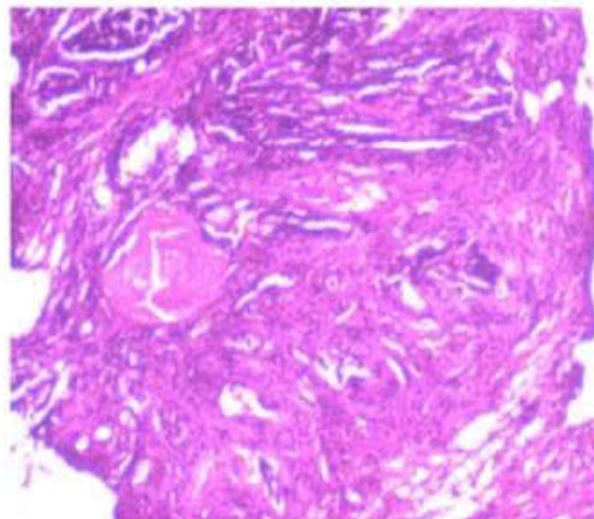
(Specimen details)

**Đặc điểm đại thể (macroscopic description):**

Mẫu mô có kích thước 20x7x2cm, dạng nang, vách nang có u đặc (ABC), và mô thận kích thước 14x7x5cm mặt cắt có chỗ trắng hoại tử không rõ cấu trúc thận (DEF), biên thận (G)

**Đặc điểm vi thể (microscopic description):**

- Mẫu mô thận cho hình ảnh tân sản tế bào niệu mạc, cho hình ảnh tân sản tế bào có kích thước lớn, nhân tăng sắc dị dạng, các tế bào xếp thành đám, thành ô, xâm nhập đến lớp cơ
- Biên phẫu thuật, không tế bào ác tính



**KẾT LUẬN:** CARCINOMA NIỆU MẠC BỂ THẬN ĐỘ AC CAO, NHẬP NHẬP ĐẾN LỚP CĂN,  
(Conclusion) BIÊN PHẪU THUẬT KHÔNG TẾ BÀO AC TÍNH

## LABORATORY REPORT

Họ và tên/Name: Năm sinh/DOB: 1972  
Giới tính/Sex: Nam/ Male CCCD/ID: Số ĐT/Phone No.:  
Địa chỉ/Address: .  
Mã y tế/PID: 250203733 Đối tượng/Subject: Bảo hiểm 80% (QL04) Mã BHYT/Insurance ID:  
Bác sĩ/Doctor: Phạm Trường Minh Ngày chỉ định/Requested Date: 08:00 07/08/2025  
Khoa/Department: Khoa Ngoại Tổng Hợp Hẹn KQ/ Result: 11:51 07/08/2025  
Chẩn đoán/Diagnosis: Hậu phẫu ngày 3 cắt thận phải và niệu quản phải/ Bướu thận phải nghi bướu niệu mạc  
(D41.0) Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)(I10); Tăng bạch cầu (D72); Nhiễm khuẩn niệu (N39.0)  
Ngày lấy mẫu/Collection Date: 10:56 07/08/2025  
Ngày nhận mẫu/Received time: 10:51 07/08/2025 NV nhận mẫu/Received by: CNXXN. Nguyễn Phạm  
Tường Vân  
Mã số mẫu/SID: 2508070167 Mẫu/Specimens: Máu Chất lượng mẫu/Specimen quality: Đạt

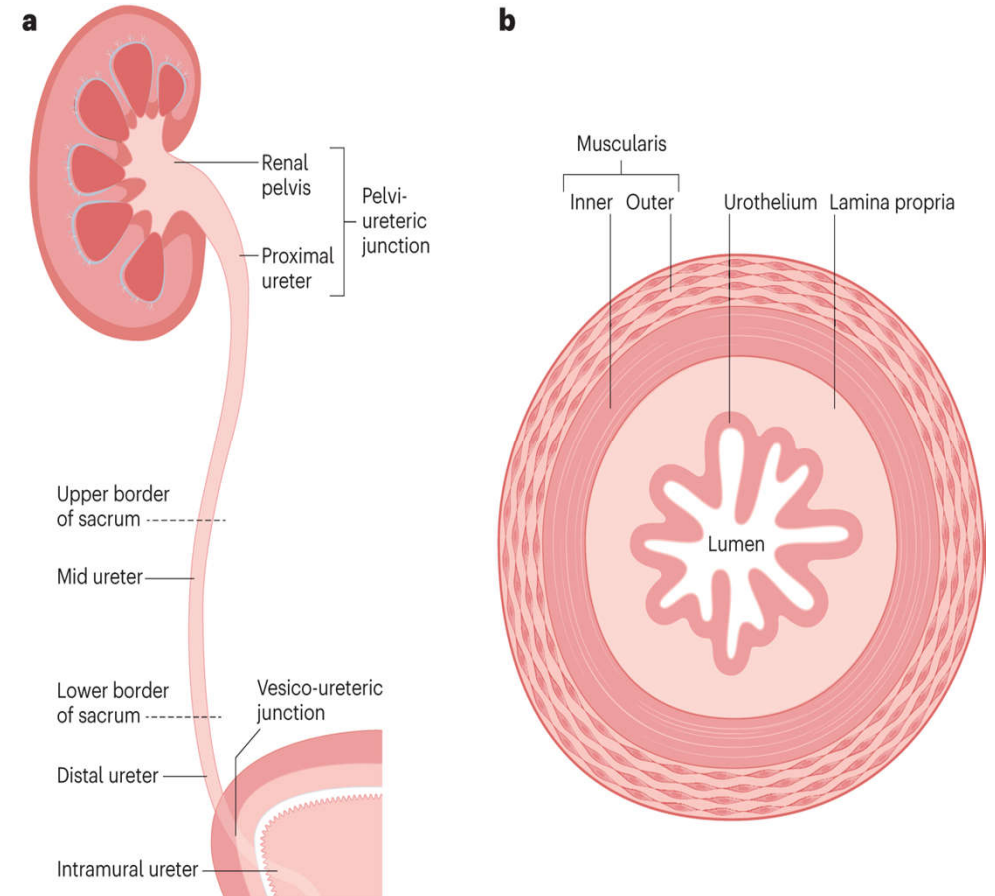
Tên xét nghiệm Test Name	Kết quả Result	Giá trị tham chiếu Reference Range	Đơn vị Unit	Mã thiết bị Instruments
<b>HUYẾT HỌC</b>				
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser)				TBHH01
WBC (Số lượng bạch cầu)	19.7	( 4 - 10 )	10 <sup>3</sup> /μL	
NEUT% (Tỷ lệ % bạch cầu trung tính)	78.6	( 45 - 75 )	%	
NEUT (Số lượng bạch cầu trung tính)	15.5	( 1.7 - 7 )	10 <sup>3</sup> /μL	
LYMPH% (Tỷ lệ % bạch cầu lympho)	13.4	( 19 - 48 )	%	
LYMPH (Số lượng bạch cầu lympho)	2.7	( 1 - 4 )	10 <sup>3</sup> /μL	
MONO% (Tỷ lệ % bạch cầu mono)	4.3	( 4.5 - 12.5 )	%	
MONO (Số lượng bạch cầu mono)	0.9	( 0.1 - 1 )	10 <sup>3</sup> /μL	
EO% (Tỷ lệ % bạch cầu ưa axit)	3.3	( 0 - 7.9 )	%	
EO (Số lượng bạch cầu ưa axit)	0.7	( 0 - 0.5 )	10 <sup>3</sup> /μL	
BASO% (Tỷ lệ % bạch cầu ưa base)	0.4	( 0 - 1.5 )	%	
BASO (Số lượng bạch cầu ưa base)	0.1	( 0 - 0.2 )	10 <sup>3</sup> /μL	
RBC (Số lượng hồng cầu)	2.92	( 3.8 - 5.6 )	10 <sup>6</sup> /μL	
HGB (Lượng huyết sắc tố - Hemoglobine)	7.8	( 12 - 18 )	g/dL	
HCT (Khối hồng cầu - Hematocrit)	24.3	( 35 - 52 )	%	
MCV (Thể tích trung bình của một hồng cầu)	83.1	( 80 - 97 )	fL	
MCH (Lượng Hemoglobin trung bình hồng cầu)	26.9	( 26 - 32 )	pg	
MCHC (Nồng độ Hemoglobin trung bình hồng cầu)	32.3	( 31 - 36 )	g/dL	
RDW-CV (Độ phân bố hồng cầu - CV)	15.6	( 11 - 15.7 )	%	
PLT (Số lượng tiểu cầu)	430	( 150 - 400 )	10 <sup>3</sup> /μL	

# ĐẠI CƯƠNG

## GIẢI PHẪU

Cấu tạo thành đài- bể thận và niệu quản gồm:

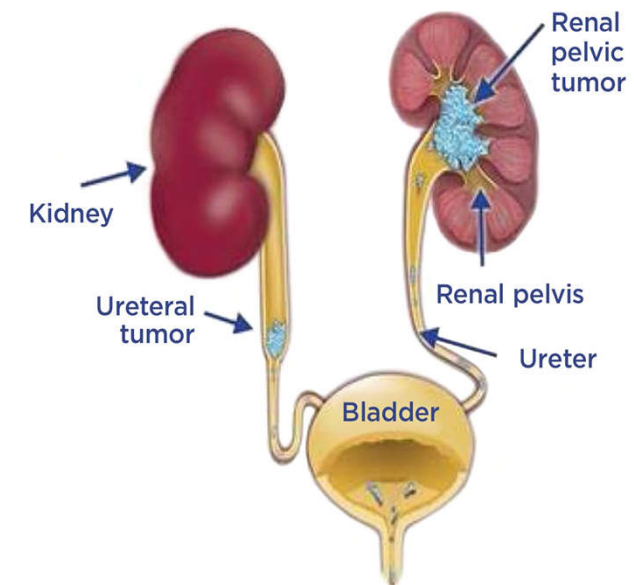
- Lớp biểu mô: tế bào chuyển tiếp
- Dưới biểu mô: lớp mỏng
- Lớp cơ: gồm 2 lớp (từ trong ra ngoài có lớp cơ dọc và lớp cơ vòng). Riêng đoạn 1/3 niệu quản dưới có thêm lớp cơ dọc bên ngoài.
- Thanh mạc: mô liên kết lỏng lẻo chứa mạch máu và bạch huyết



<https://images.app.goo.gl/Hx9ae2taG9bhoc8D8>

# ĐẠI CƯƠNG

- Bướu niệu mạc đường tiểu trên (upper tract urothelial carcinomas-UTUCs) là tất cả các loại bướu có nguồn gốc biểu mô từ đài thận tới miệng niệu quản.



# DỊCH TỄ HỌC

- Ung thư niệu mạc tương đối phổ biến, nó đứng hàng thứ 4 ở các nước phát triển.  
Tuy nhiên ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên chỉ chiếm 5-10%
- Tỷ lệ mắc mới ở các nước phương tây là 2/100.000
- Tần suất mắc cao nhất ở độ **tuổi 70 -90 tuổi**, nam và ở các nước Balkan nơi mà UTUC chiếm 40% các trường hợp bứu thận

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# DỊCH TỄ HỌC

- Bướu đài bể thận nhiều gấp đôi bướu niệu quản, bướu ở nhiều vị trí được chẩn đoán chiếm 10 -20%
- Bướu bàng quang đi cùng được chẩn đoán chiếm 17%
- Tỷ lệ mắc ở nam gấp đôi ở nữ
- Hầu hết phát hiện đều ở một thận duy nhất, và trường hợp ở cả 2 thận rất hiếm (khoảng 1,6%)

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# DỊCH TỄ HỌC

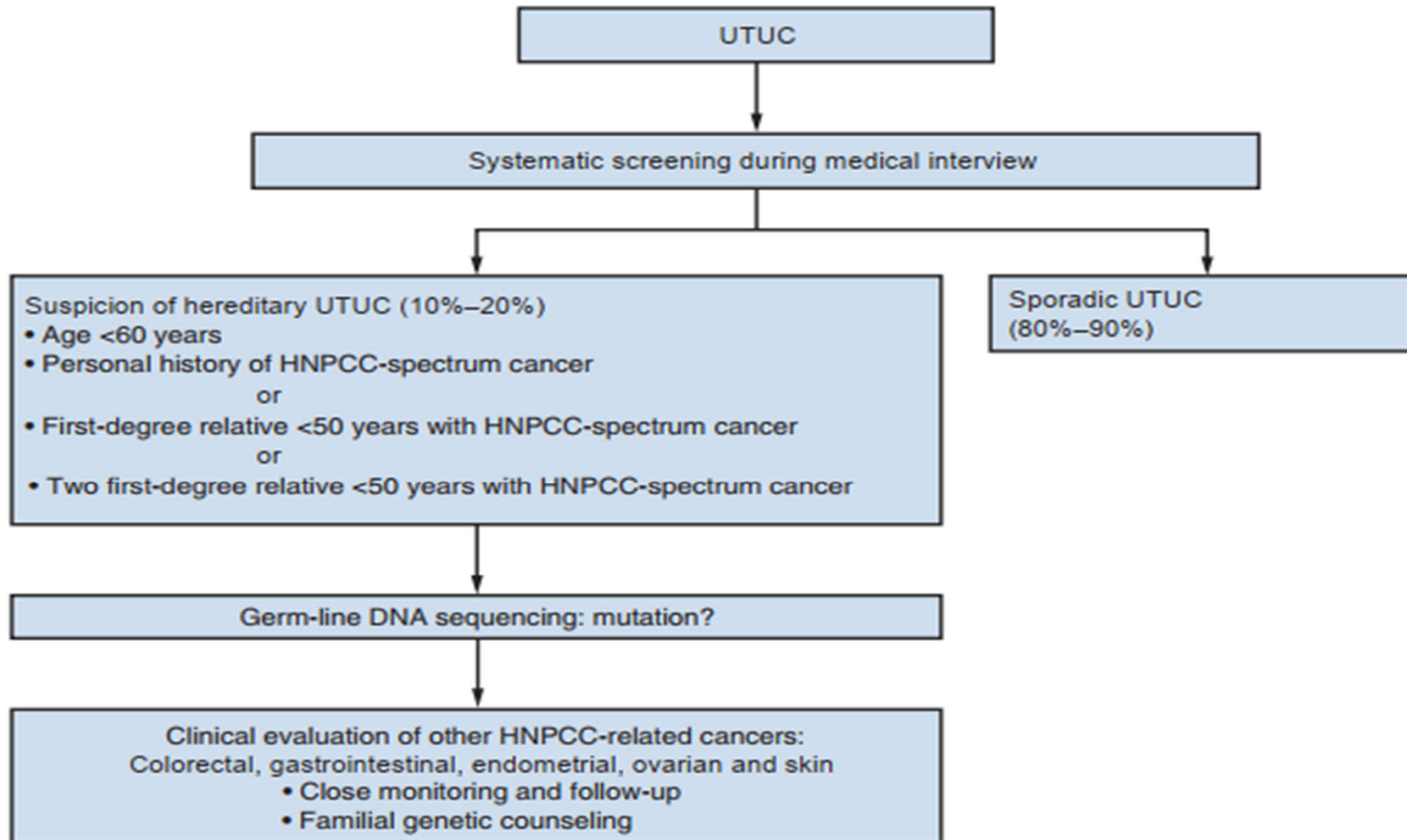
- Tỷ lệ tử vong liên quan đến sự gia tăng tuổi tác, giới tính nam, chủng tộc và giai đoạn khối u.
- Tỷ lệ tử vong hàng năm do bệnh đặc biệt là nam giới da đen cao hơn nam giới da trắng (7,4% so với 4,9%), phụ nữ so với nam giới (6,1% so với 4,4%).

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- UTUCs di truyền/ có tính di truyền liên quan với ung thư đại trực tràng không polyp có tính di truyền( hội chứng Lynch)
- Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc từ 2.5 – 7 lần
- Nghề nghiệp phơi nhiễm với các chất amin thơm gây ung thư
- Bệnh thận Balkan liên quan đến chế độ ăn nhiều acid aristochoic
- Lạm dụng các thuốc giảm đau
- Hàm lượng arsenic vượt quá giới hạn trong nước uống từ các giếng khoan

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition



**Fig. 98.1.** Selection of patients with upper tract urothelial cancer (UTUC) for hereditary screening during the first medical interview. *HNPCC*, Hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma. (From Rouprêt M, Babjuk M, Compérat E, et al: European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2017 Update, *Eur Urol* 73[1]:111–122, 2018.)

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# ĐẶC ĐIỂM BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

Yếu tố nguy cơ xuất hiện UTUCs sau bướu bàng quang:

- Giai đoạn, độ mô học , đa ổ của bướu bàng quang.
- Trào ngược bàng quang- niệu quản
- CIS tái phát sau điều trị BCG
- Bướu bàng quang gần miệng niệu quản

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# ĐẶC ĐIỂM BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

Yếu tố nguy cơ xuất hiện UTUCs sau bướu bàng quang:

- Xâm lấn cơ và di căn xa
- UTUCs xâm lấn cơ nhanh hơn so với bướu niệu mạc bàng quang do lớp cơ mỏng.
- Nhu mô thận là rào cản đối với tiến triển xâm lấn của UTUCs đài- bể thận

-> UTUCs đài- bể thận tiên lượng tốt hơn UTUCs niệu quản

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# ĐẶC ĐIỂM BƯỚU NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN

## Cách thức di căn và lan tràn bướu:

- Xâm lấn trực tiếp nhu mô thận hoặc mô, cơ quan xung quanh
- Các tế bào ung thư được reo rắc xuôi dòng hoặc ngược dòng
- Theo đường bạch huyết: hạch bạch huyết cạnh ĐMC bụng, tĩnh mạch chủ dưới, mạch chậu chung và hạch chậu.
- Theo đường máu: gan, phổi, xương và hiếm khi lan tới tĩnh mạch thận và tĩnh mạch chủ dưới

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# MÔ HỌC VÀ PHÂN LOẠI

- Loại mô học trong UTUC chủ yếu là **ung thư biểu mô**. Ung thư không phải biểu mô thường hiếm, thường có độ biệt hóa kém tiên lượng xấu
- Ung thư tế bào vảy ở đài bể thận <10% và rất hiếm ở niệu quản, thường liên quan với tình trạng viêm mạn tính do nhiễm khuẩn hoặc sỏi.
- Các loại mô học khác: micropapillary and sarcomatoid carcinomas, and lymphoepithelioma.

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

## GIAI ĐOẠN TNM

T category	Criteria
Tx	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
Ta	Papillary noninvasive carcinoma
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor invades subepithelial connective tissue
T2	Tumor invades muscularis
T3	For renal pelvis only; tumor invades beyond muscularis into peripelvic fat or into the renal parenchyma. For ureter only; tumor invades beyond muscularis into periureteric fat
T4	Tumor invades adjacent organs or through the kidney into perinephric fat

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

Lymph nodes	
N category	Criteria
Nx	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No lymph node metastases
N1	Metastases in a single lymph node $\leq 2$ cm in greatest dimension
N2	Metastases in a single lymph node $> 2$ cm, or multiple lymph nodes

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

Distant metastases	
M category	Criteria
M0	No distant metastases
M1	Distant metastases
AJCC Staging System	TNM classification system
0	T0
I	Ta, Tis, T1, N0, M0
II	T2, N0, M0
III	T3, N0, M0
IV	T4 or T, N+, M+

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# CHẨN ĐOÁN

## TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

- Triệu chứng toàn thân: sút cân, mệt mỏi, thiếu máu, đau nhức xương.
- Triệu chứng **phổ biến nhất** của UTUCs là **tiểu máu** ( đại thể hoặc vi thể): 56 -98%
- **Đau hông lưng** là triệu chứng phổ biến thứ hai:20 - 30 %.Liên quan tới tắc nghẽn đường niệu bởi bứu hoặc máu cục.
- Đau hông lưng trong UTUCs không có mối liên hệ tới giai đoạn tiến triển bứu và tiên lượng bệnh

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# CHẨN ĐOÁN

## TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

- Khối bất thường vùng hông lưng do thận ứ nước hoặc bướu lớn: 10- 20%.
- Hạch bẹn, trên đòn: trong trường hợp di căn hạch
- Biểu hiện không triệu chứng chiếm 15% các trường hợp và được chẩn đoán bằng chẩn đoán hình ảnh

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# CẬN LÂM SÀNG

- CTM: thiếu máu
- Sinh hóa máu: men gan tăng trong trường hợp di căn gan
- TPTNT: hồng cầu niệu, bạch cầu niệu trong trường hợp nhiễm trùng niệu kèm theo.

# CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

## CT-scan bụng chậu:

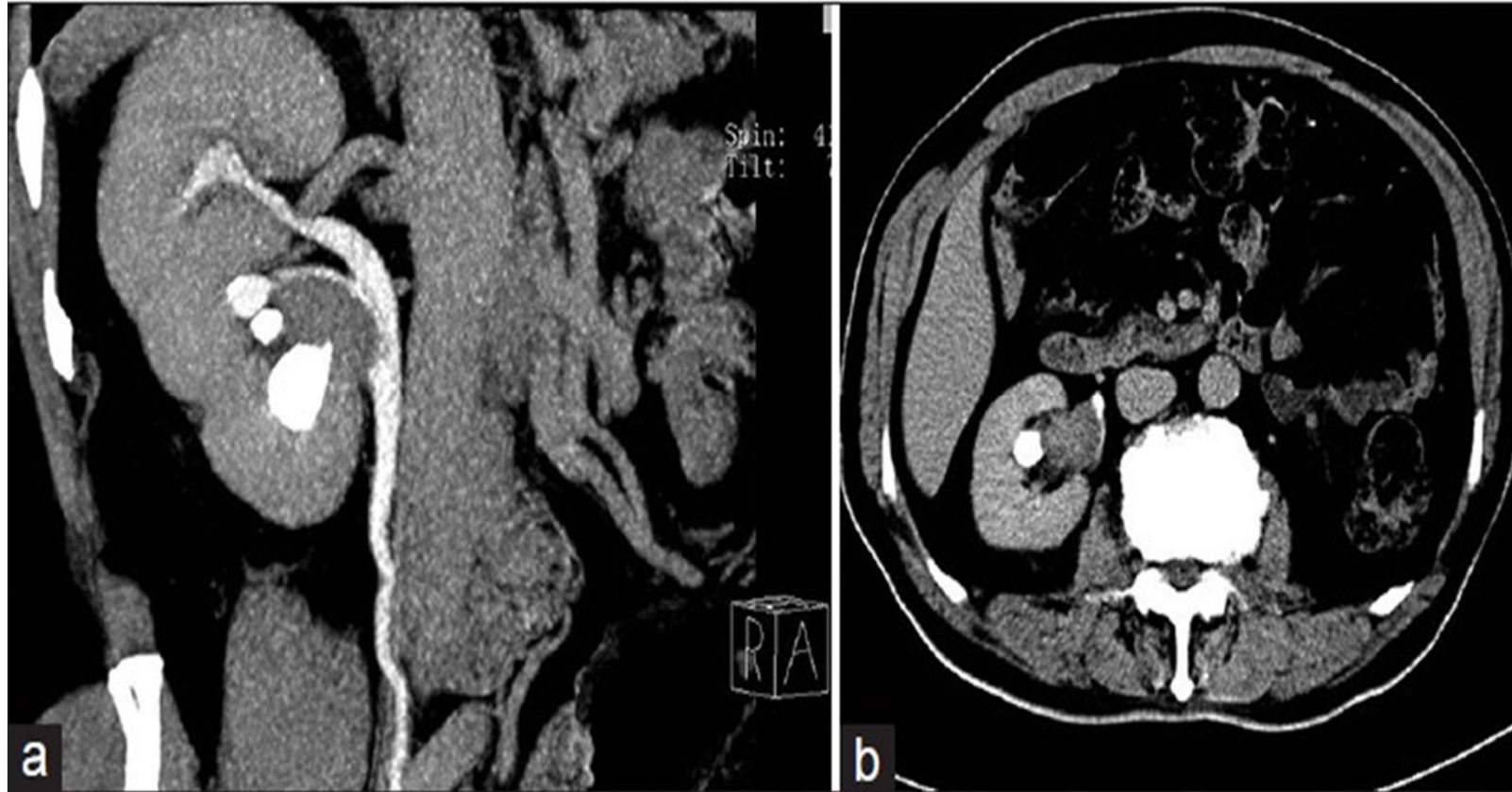
- Dẫn thay thế UIV trong khảo sát hình ảnh đường niệu trên
- Dễ thực hiện, độ chính xác cao
- Đánh giá chức năng thận đối bên
- Có thể bỏ sót bướu kt < 5 mm
- CT dựng hình hệ niệu phát hiện bướu ác tính đường niệu: độ nhạy 67- 100%, độ đặc hiệu 93 – 94%, Tuy nhiên bệnh nhân phải chịu tia xạ nhiều hơn so với CT thường

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# CT-scan bụng chậu

- Hình ảnh khối choán chỗ hoặc không hiện hình đường niệu trên là dấu hiệu đặc hiệu của bướu đường niệu trên: 50- 75%. Cần phân biệt với: sỏi niệu, máu cục, chèn ép bên ngoài, chồng bóng khí trong ruột, các tổn thương viêm như lao, nấm -> chụp UPR.
- UTUCs có tỉ trọng khoảng 10- 70 HU, trong khi sỏi uric có tỉ trọng 80-250 HU ->CT phân biệt được hai nguyên nhân này.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition



<https://oxfordurologyassociates.uk/upper-tract-urothelial-cancer>

# CT-scan bụng chậu

- CT hữu ích trong việc xác định xâm lấn cấu trúc xung quanh, di căn hạch và cơ quan trong ổ bụng
- CT tiên đoán phân độ TNM chính xác trong khoảng 60 % trường hợp.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

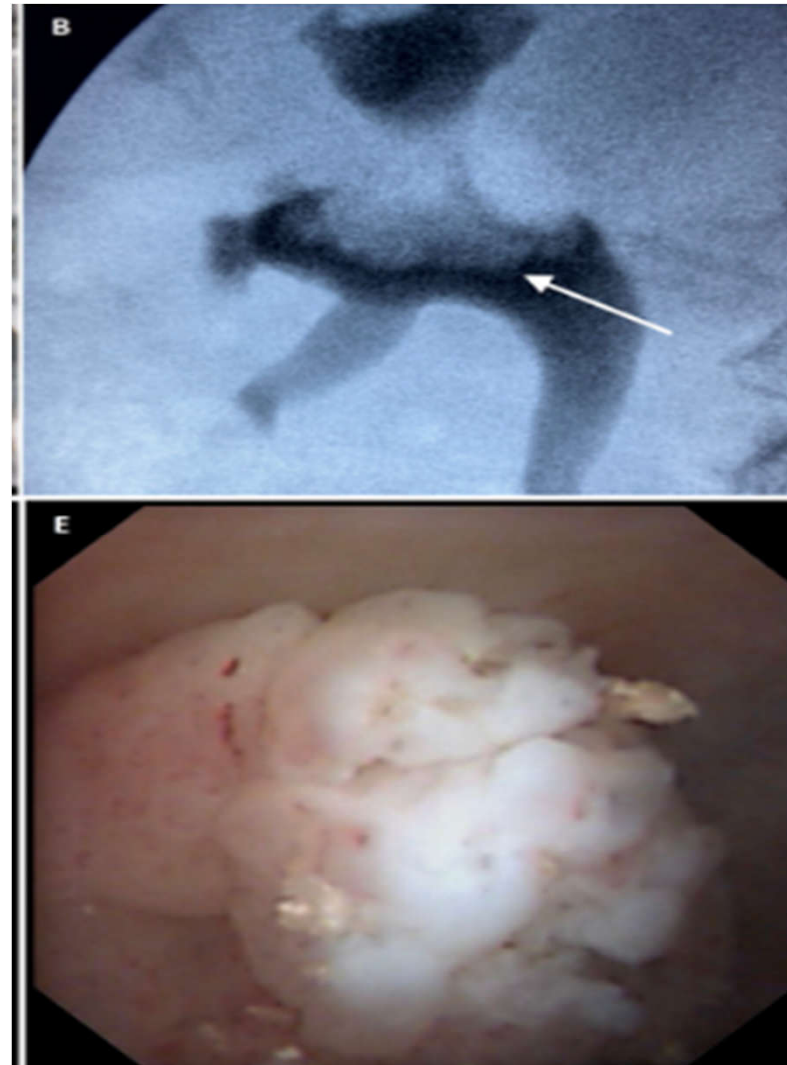
# Magnetic Resonance Urography (MRU)

- Được dùng khi có chống chỉ định với CT
- Độ nhạy 75% với những khối u <2cm.
- Hạn chế trên những bệnh nhân suy thận( có GFR< 30ml/p) do dùng cản từ.
- CT được ưu tiên hơn là MRI trong chẩn đoán UTUC.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# UPR

- Chụp X-quang đường tiết niệu ngược dòng có thể hữu ích trong việc đánh giá các tổn thương thấu quang, không vôi hóa.
- Cho hình ảnh chính xác của hệ thống đường niệu trên (75%), có thể sinh thiết bướu kèm theo.

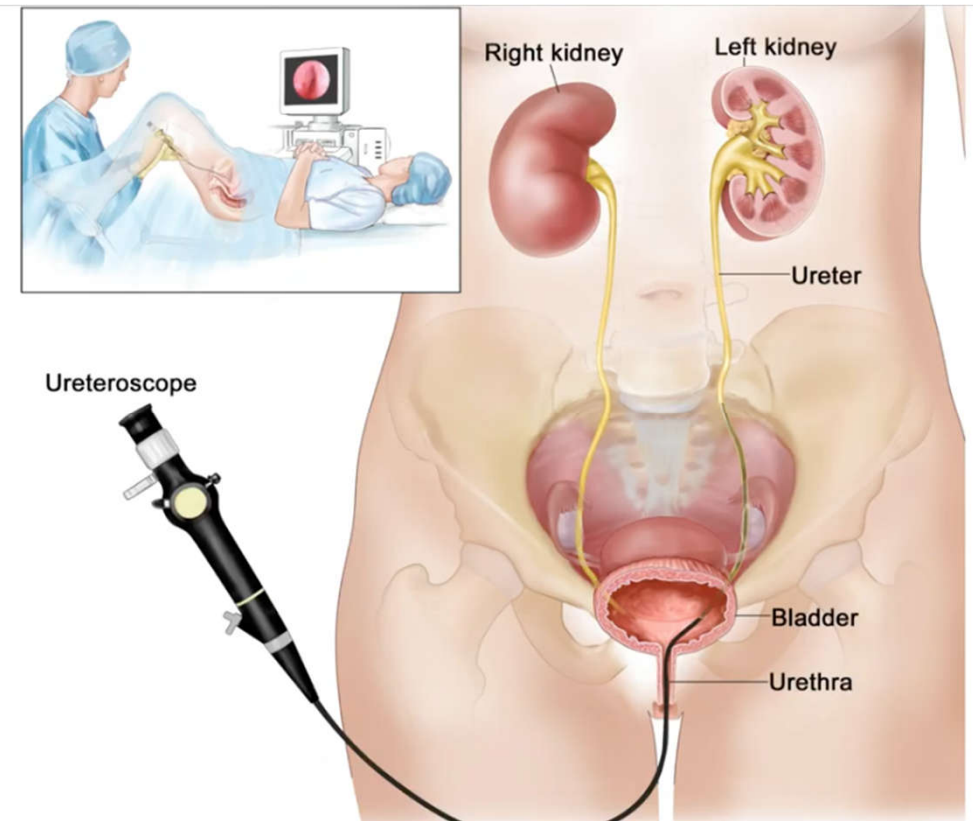


“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

Asaf Shvero, Scott G.Hubosky: Management of Upper Tract Urothelial Carcinoma. Current Oncology Reports 2022

# Cystoscopy

□ UTUCs thường liên quan với ung thư bàng quang nên soi bàng quang là bắt buộc thực hiện để loại trừ ung thư bàng quang kèm theo.



“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG (URS) VÀ SINH THIẾT

- Nội soi niệu quản bằng ống soi mềm là phương pháp tiếp cận chính để thám sát niệu quản, bể thận và các đài thận, sinh thiết những tổn thương nghi ngờ
- Độ chính xác chẩn đoán tăng từ 75% với chụp đường niệu ngược dòng, UIV đơn thuần lên tới 85- 90% khi kết hợp với nội soi niệu quản ngược dòng
- Sinh thiết qua URS cung cấp thông tin giá trị như xác định được độ biệt hóa trong 90% các trường hợp. Sự tương đồng giữa kết quả sinh thiết và giải phẫu bệnh sau phẫu thuật khoảng 78-92%.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG (URS) VÀ SINH THIẾT

- Chẩn đoán giai đoạn ung thư qua nội soi sinh thiết thường khó vì mẫu sinh thiết nhỏ → cần kết hợp với chẩn đoán hình ảnh
- Nội soi niệu quản kèm sinh thiết khi:
  - + Thực hiện sau các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh
  - + Những bệnh nhân được lên chương trình cắt bỏ nội soi
- Nguy cơ khi nội soi sinh thiết: reo rắc tế bào ung thư xuôi dòng, theo mạch máu.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# TẾ BÀO HỌC NƯỚC TIỂU VÀ MARKERS UNG THƯ

- Độ nhạy của tế bào học phụ thuộc grade của bướu: 20%, 45%, 75% lần lượt cho grade 1, 2 và 3.
- Thu thập nước tiểu bằng catheter làm tăng độ chính xác của xét nghiệm tế bào học.
- Độ chính xác của xét nghiệm tế bào cao nhất bằng cách dùng bàn chải tế bào thông qua nội soi niệu quản: độ nhạy và độ đặc hiệu 90%.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# TẾ BÀO HỌC NƯỚC TIỂU VÀ MARKERS UNG THƯ

- Chất cản quang dùng trong UPR làm sai lệch kết quả tế bào học -> cần lấy mẫu tế bào trước khi thực hiện UPR.
- Kỹ thuật FISH dùng trong chẩn đoán UTUCs có độ nhạy 50% và ít được sử dụng

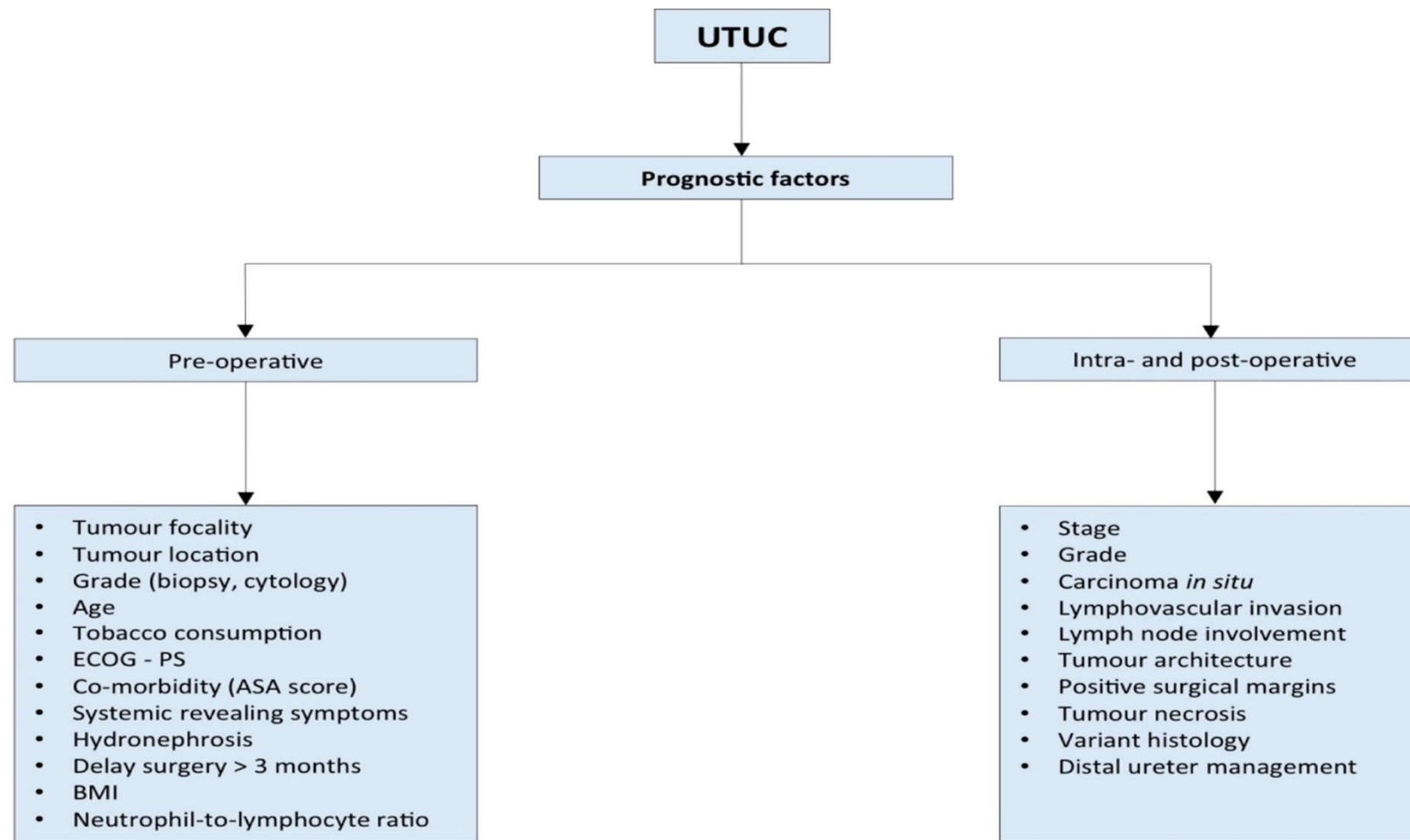
“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# CHẨN ĐOÁN

Recommendations	Strength rating
Perform a urethrocytoscopy to rule out bladder tumour.	Strong
Perform a computed tomography (CT) urography for diagnosis and staging.	Strong
Use diagnostic ureteroscopy and biopsy if imaging and cytology are not sufficient for the diagnosis and/or risk-stratification of the tumour.	Strong
Magnetic resonance urography may be used when CT is contra-indicated.	Weak

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

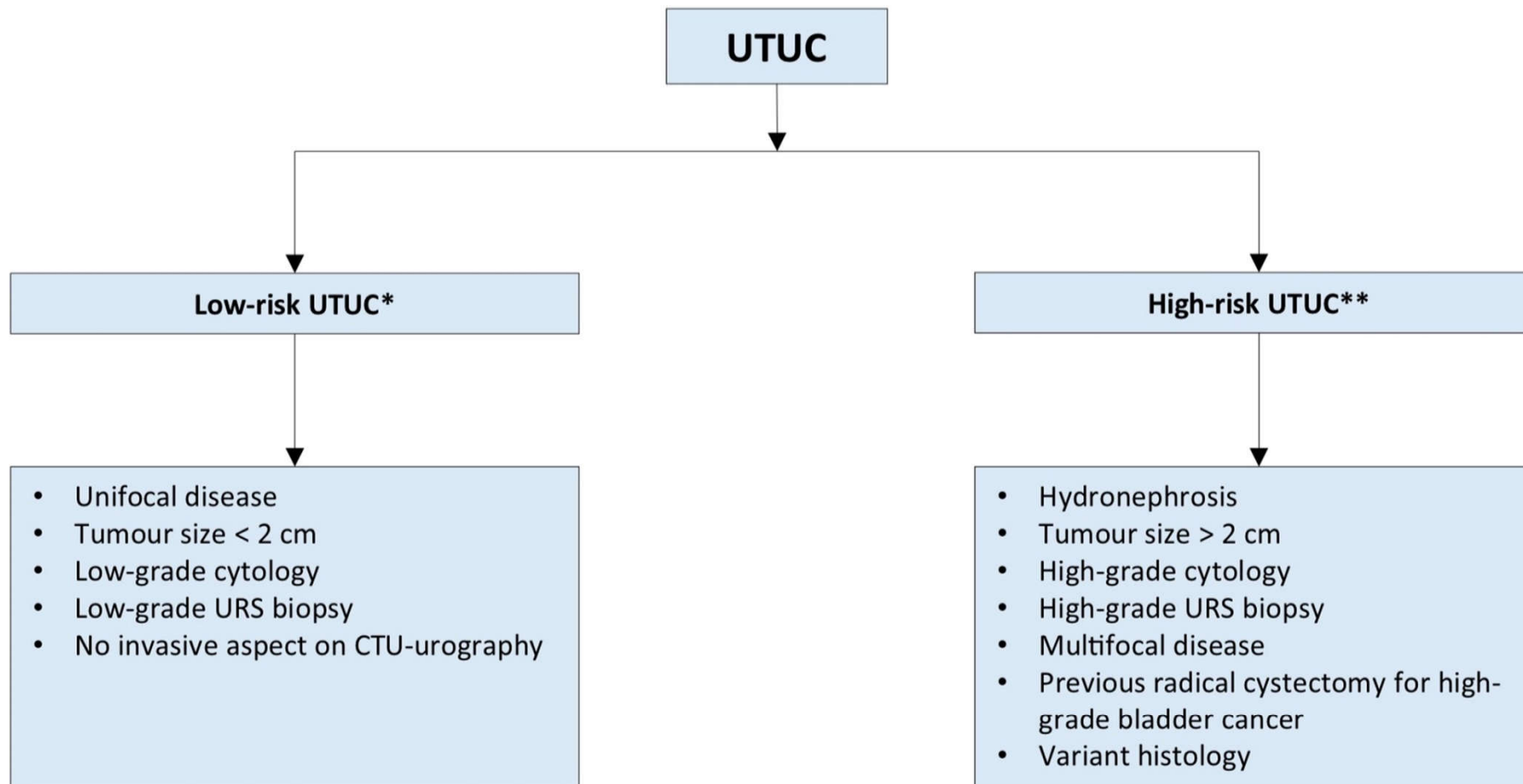
# CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG



*ASA = American Society of Anesthesiologists; BMI = body mass index; ECOG PS = Eastern Cooperative Oncology Group performance status; UTUC = upper urinary tract urothelial cell carcinoma.*

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# PHÂN TẦNG NGUY CƠ



*CTU = computed tomography urography; URS = ureteroscopy; UTUC = upper urinary tract urothelial carcinoma.*

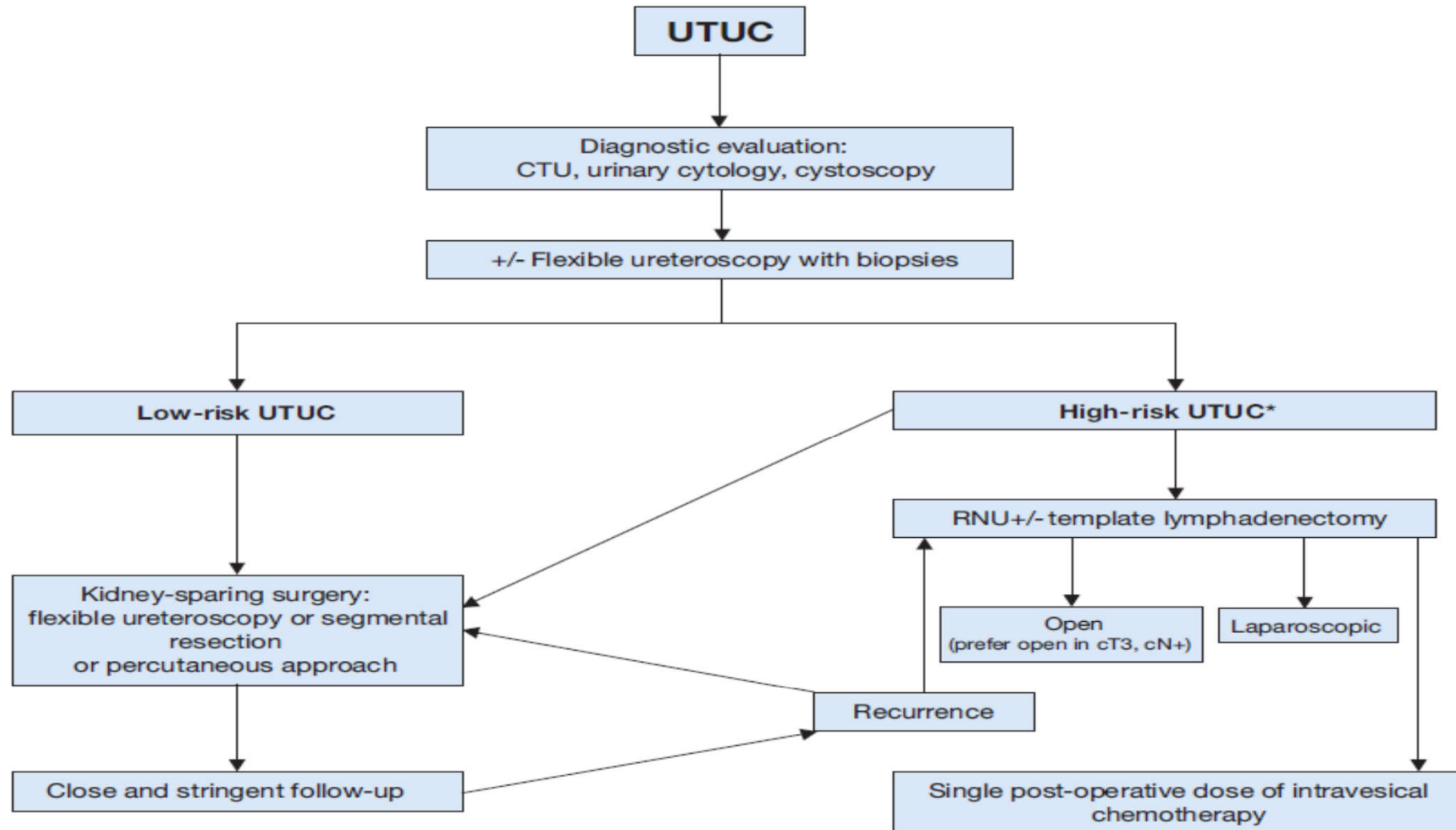
*\*All these factors need to be present.*

*\*\*Any of these factors need to be present.*

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# ĐIỀU TRỊ

Figure 7.1: Proposed flowchart for the management of localised upper tract urothelial carcinoma



CTU = computed tomography urography; RNU = radical nephroureterectomy.

\*In patients with a solitary kidney, consider a more conservative approach.

# PHẪU THUẬT BẢO TỒN THẬN

- Chỉ định:

+ UTUCs nguy cơ thấp

+ Cần bảo tồn thận: suy giảm chức năng thận và thận độc nhất.

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# PHẪU THUẬT BẢO TỒN THẬN

Phương pháp:

- Cắt bướt qua nội soi niệu quản
- Cắt bướt qua đường hầm qua da
- Mở bể thận cắt bướt và cắt thận bán phần
- Phẫu thuật cắt bướt và tạo hình niệu quản (open segmental resection)
- Điều trị hóa chất hỗ trợ tại chỗ sau phẫu thuật

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

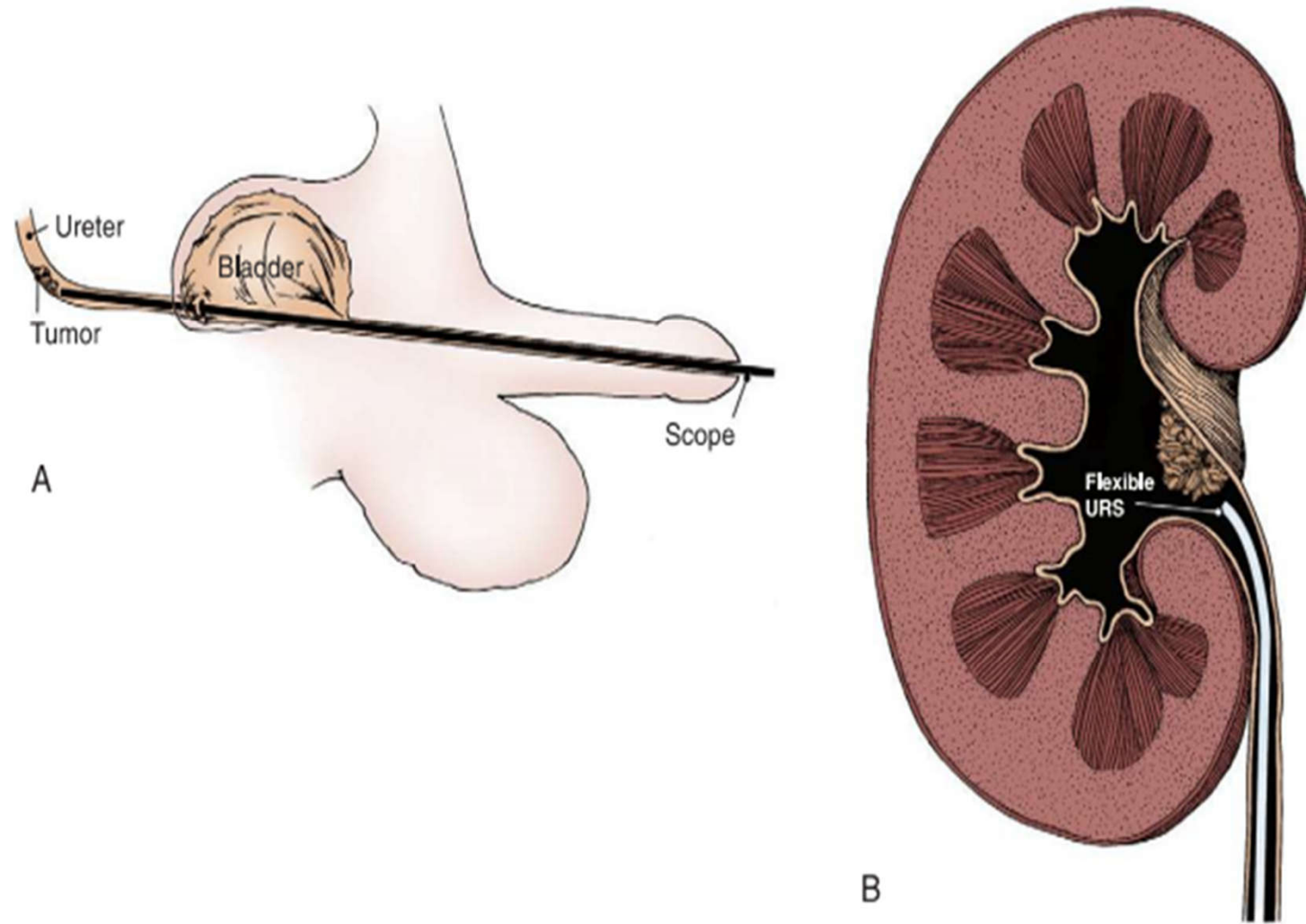
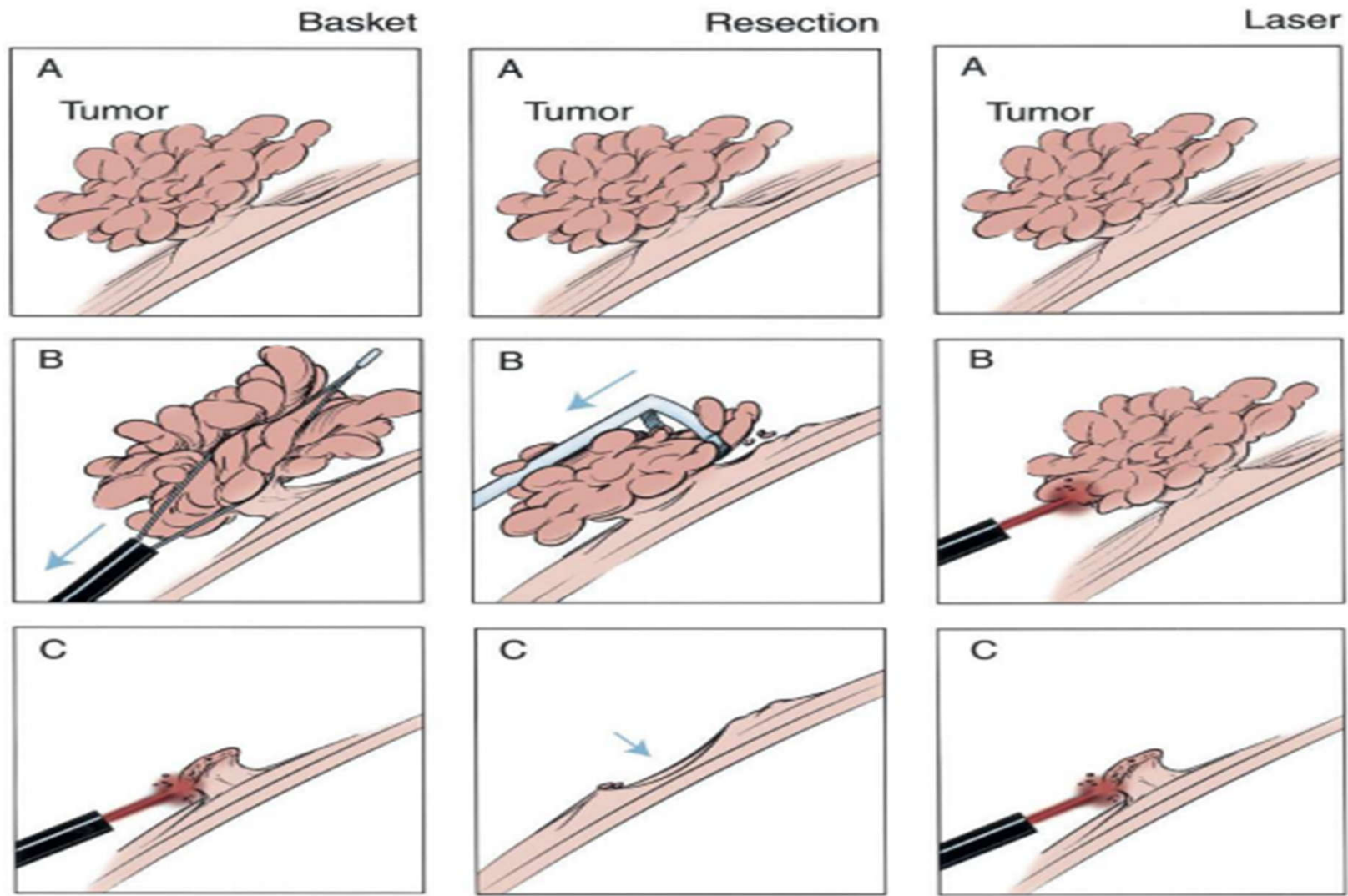
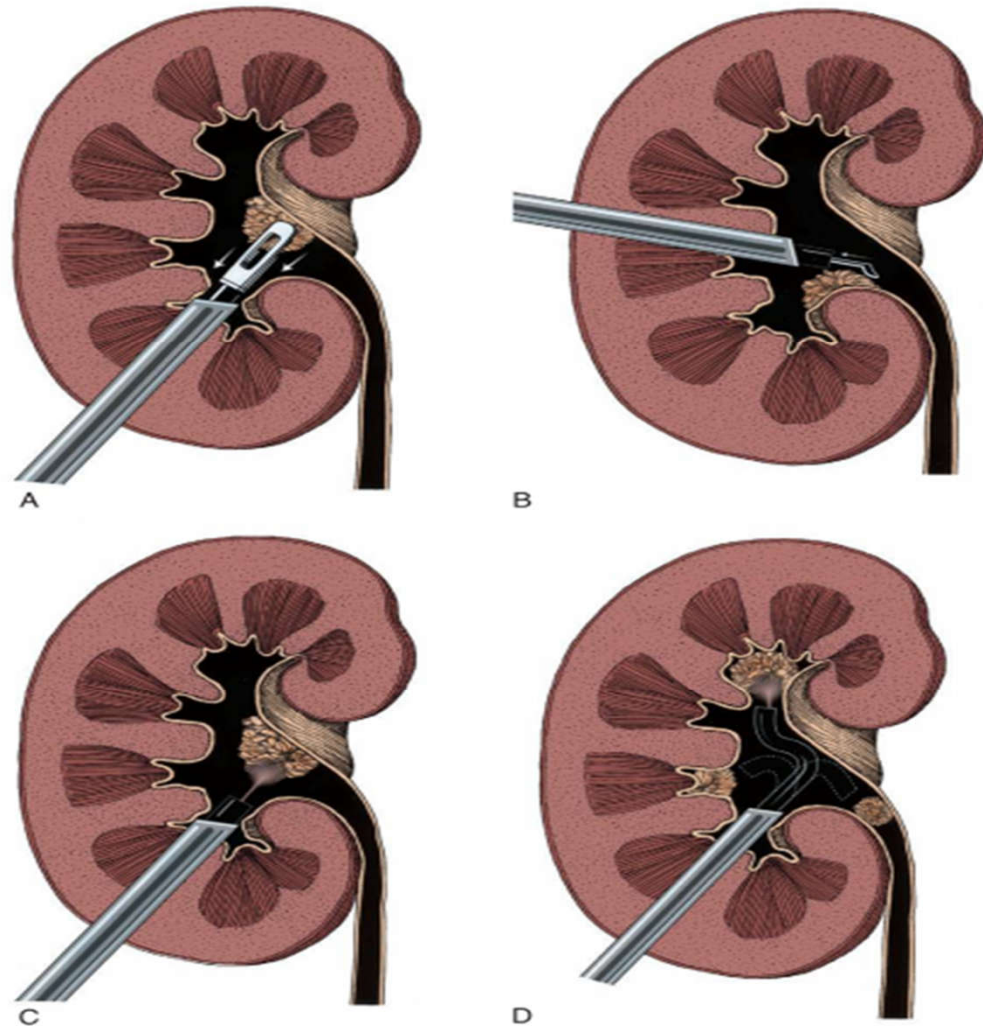


Figure 53-29. A, Rigid ureteroscopic approach. B, Flexible ureteroscopic approach. URS, ureteroscope.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition



“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition



**Figure 53-34.** Techniques for percutaneous removal of transitional cell carcinoma of the renal collecting system. **A**, The tumor is identified and debulked by forceps to its base. The base is sampled and sent separately for evaluation. This technique works well for papillary tumors on a narrow stalk. Broad-based tumors may cause excessive bleeding and are best approached with resection or laser therapy. **B**, With use of a standard resectoscope the tumor is identified and resected to its base. Special care should be taken to avoid resection into major renal vasculature. The tumor is identified, sampled for diagnostic purposes, and treated by holmium or neodymium laser sources. This can be done through a standard nephroscope (**C**) or with a flexible cystoscope (**D**).

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# Mở bể thận cắt bướu và cắt bán phần thận

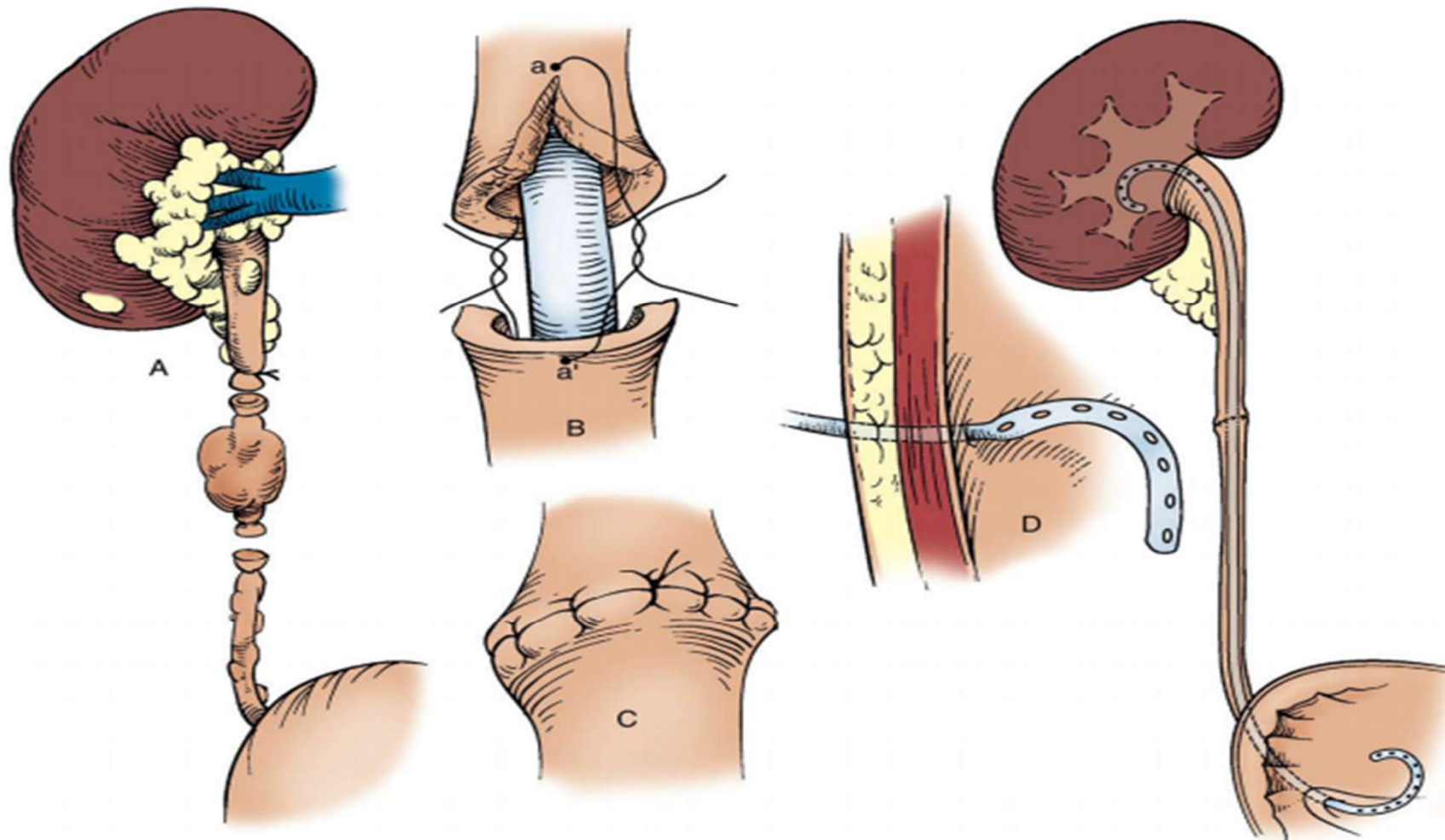
- Chỉ định: bướu nguy cơ thấp tại đài- bể thận
- Nguy cơ tái phát sau phẫu thuật: 10%, 28%, 60% với bướu có grade 1, 2, 3.
- Tỷ lệ sống sau 5 năm sau phẫu thuật với bướu grade 1 là 75%
- Tỷ lệ sống sau 2 năm sau phẫu thuật với bướu grade 2 là 46%

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# Phẫu Thuật Cắt Đoạn Niệu Quản Và Tạo Hình Niệu Quản

- Bướu niệu quản đoạn gần và giữa: Ureteroureterostomy
- Bướu niệu quản đoạn xa: Ureteroureterostomy with a bladder psoas muscle hitch
- Bướu niệu quản đa ổ : subtotal ureterectomy

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition



**Figure 53-22.** A, Segmental ureterectomy between ties for a large, invasive tumor of the midureter. B and C, Ureteroureterostomy of spatulated ends of the ureter. The repair is performed over an internal stent. D, Completed repair with closed-suction drain in retroperitoneal space.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

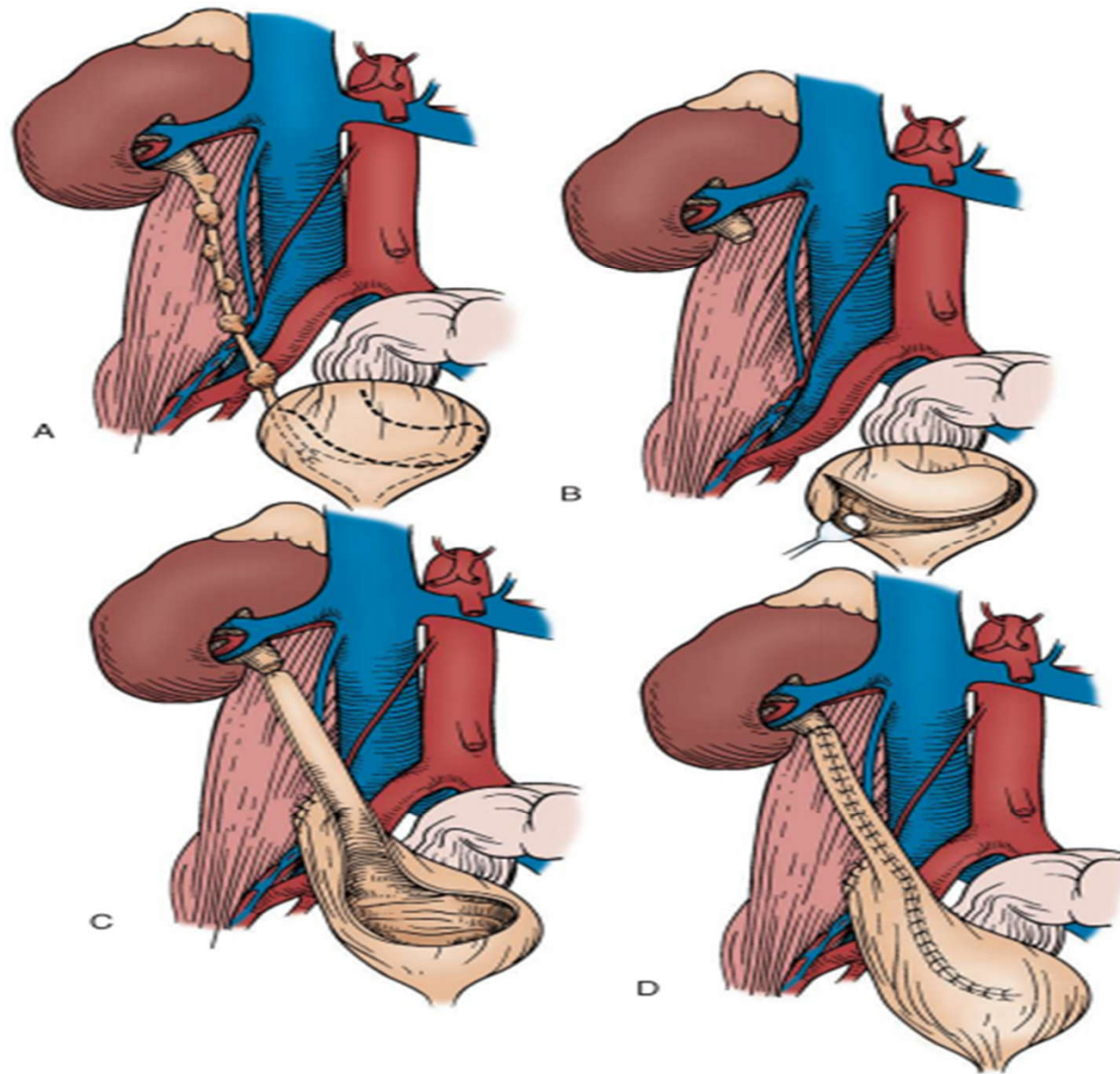


Figure 53-24. A, Subtotal ureterectomy required for nephron sparing in a patient with multiple diffuse ureteral tumors. B, A spiral flap is fashioned from the anterior bladder wall. C, The psoas hitch plus Boari flap reaches the remaining proximal ureter. D, Completed anastomosis and bladder closure. The ureteral stent, bladder catheter, and closed-suction drain are not shown.

# ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT HỖ TRỢ TẠI CHỖ

- BCG và Mytomicin C là hai chất được dùng trong điều trị hóa chất tại chỗ sau phẫu thuật
- Thường được tưới qua hệ thống xuôi dòng với đường hầm qua da vào bể thận.

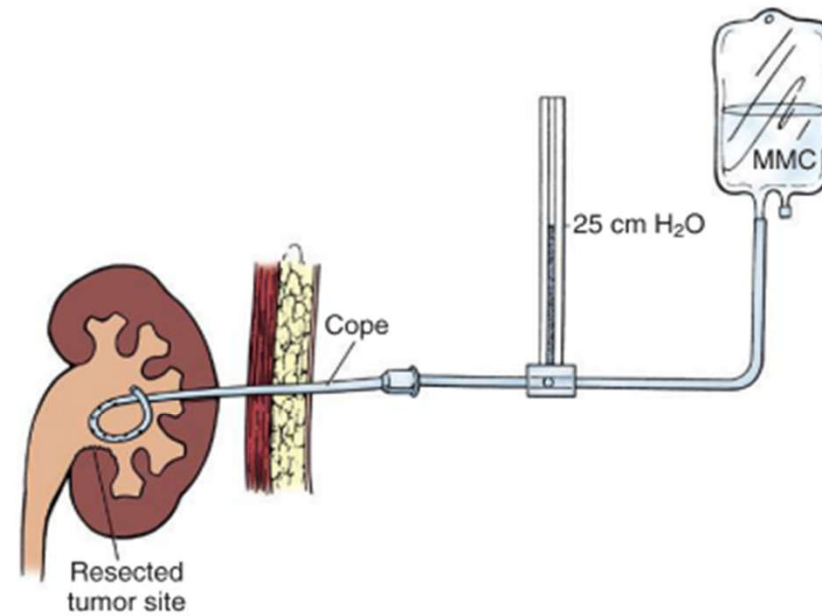


Figure 53-36. Setup for administration of topical immunotherapy or chemotherapy to the upper urinary tract through a previously placed nephrostomy tube. Therapy is instilled by gravity with a mechanism that prevents excessive intrarenal pressures. High pressures have been linked to complications of systemic absorption and bacterial sepsis. MMC, mitomycin C.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# PHẪU THUẬT CẮT THẬN NIỆU QUẢN TOÀN BỘ

- Chỉ định: UTUCs nguy cơ cao
- Phương pháp phẫu thuật:
- Phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở cắt thận niệu quản toàn bộ kèm với cắt vạt bàng quang.
- Sử dụng hỗ trợ robot trong nội soi cắt bướu.
- Nạo hạch vùng: hạch cạnh ĐMC, cạnh tĩnh mạch chủ dưới, hạch cạnh mạch chậu chung, hạch chậu
- Hóa trị liệu duy nhất tại bàng quang sau phẫu thuật: mitomycin, pirarubicin.

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# PHẪU THUẬT CẮT THẬN NIỆU QUẢN TOÀN BỘ

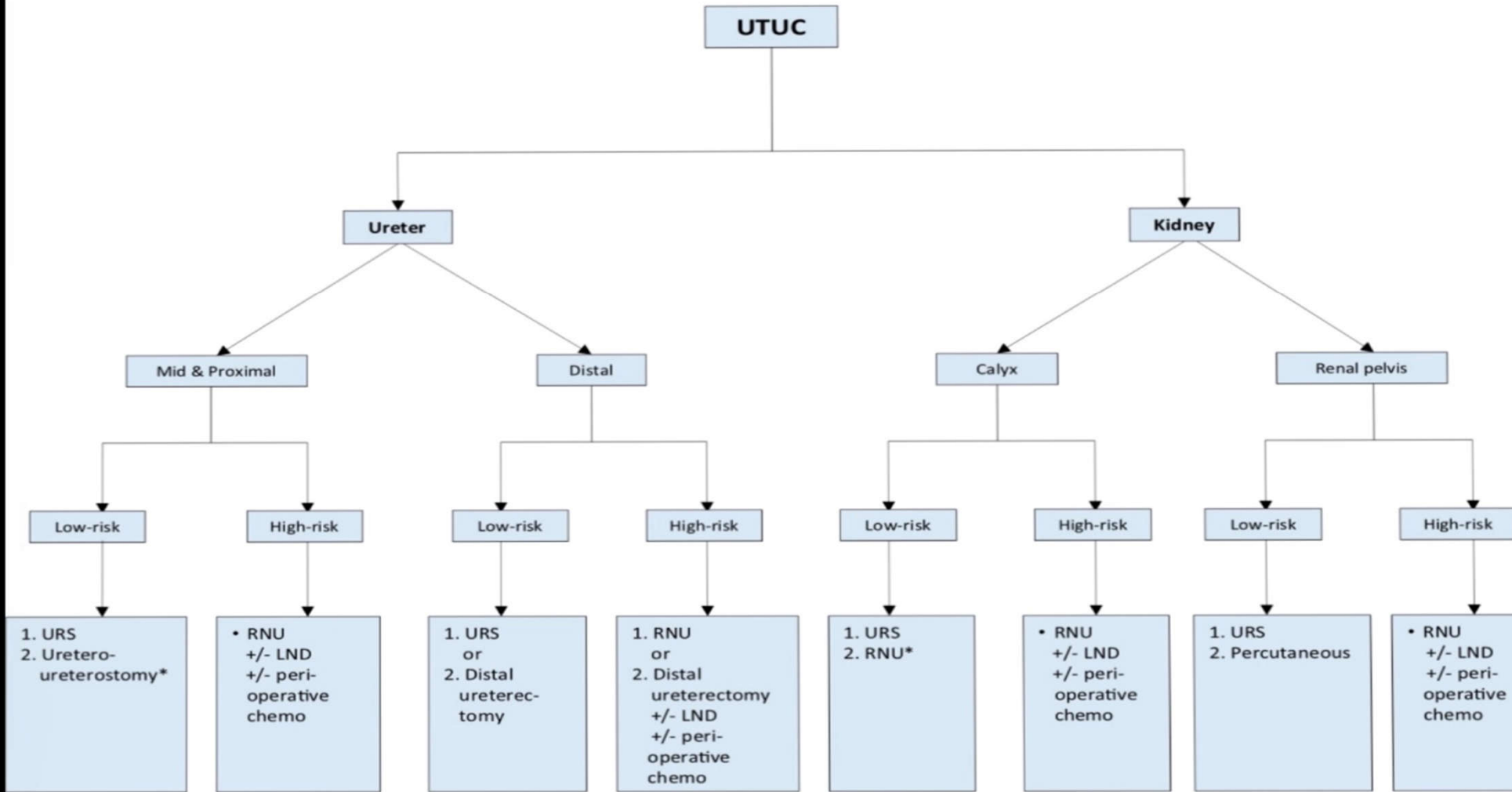
Phẫu thuật nội soi hay mổ hở không có khác biệt về kết quả khi tuân thủ đúng nguyên tắc phẫu thuật:

- Không làm hở lòng niệu quản, đài- bể thận
- Không tiếp xúc trực tiếp dụng cụ phẫu thuật và bướu
- Thận- niệu quản được lấy ra cùng với vạt bàng quang
- Các khối u xâm lấn hoặc lớn (T3 / T4 và / hoặc N + / M +) là chống chỉ định cho phẫu thuật nội soi vì kết quả kém hơn so với cách tiếp cận mở

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

Recommendations	Strength rating
Perform radical nephroureterectomy (RNU) in patients with high-risk nonmetastatic upper tract urothelial carcinoma (UTUC).	Strong
Perform open RNU in non-organ confined UTUC.	Weak
Remove the bladder cuff in its entirety.	Strong
Perform a template-based lymphadenectomy in patients with muscle-invasive UTUC.	Strong
Offer peri-operative chemotherapy to patients with muscle-invasive UTUC.	Weak
Deliver a post-operative bladder instillation of chemotherapy to lower the intravesical recurrence rate.	Strong

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020



“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# BƯỞU TIẾN TRIỂN (ADVANCED DISEASES)

- Phẫu thuật cắt thận- niệu quản toàn bộ: có chỉ định trong giảm đau.
- Hóa trị liệu toàn thân
- Xạ trị

“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition

# THEO DÕI

Recommendations	Strength rating
<b>After radical nephroureterectomy</b>	
<i>Low-risk tumours</i>	
Perform cystoscopy at three months. If negative, perform subsequent cystoscopy nine months later and then yearly, for five years.	Weak
<i>High-risk tumours</i>	
Perform cystoscopy and urinary cytology at three months. If negative, repeat subsequent cystoscopy and cytology every three months for a period of two years, and every six months thereafter until five years, and then yearly.	Weak
Perform computed tomography (CT) urography and chest CT every six months for two years, and then yearly.	Weak

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# THEO DÕI

After kidney-sparing management	
<i>Low-risk tumours</i>	
Perform cystoscopy and CT urography at three and six months, and then yearly for five years.	Weak
Perform ureteroscopy (URS) at three months.	Weak
<i>High-risk tumours</i>	
Perform cystoscopy, urinary cytology, CT urography and chest CT at three and six months, and then yearly.	Weak
Perform URS and urinary cytology <i>in situ</i> at three and six months.	Weak

“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2020

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

- **1.**“Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract and Ureter”, Campbell’s urology, 12 edition
- **2.**“Urothelial Carcinoma Of The Upper Urinary Tract”. European Association of Urology Guidelines 2023

**Xin chân thành cảm ơn!**